

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filosofická fakulta**

**Katedra psychologie**



# **Diplomová práce**

**MUDr. Bc. Jitka Vecánová**

**Psychologické aspekty komunikace mezi lékařem a pacientem  
v kontextu poskytované péče**

**Psychological aspects of communication between doctor and  
patient in context of provided healthcare**

## Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. Radvanu Bahbouhovi za jeho cenné rady a inspiraci nejen při tvorbě této diplomové práce, ale během celého studia. Také chci poděkovat všem lékařům, kteří se zúčastnili rozhovorů za jejich čas, ochotu, odvahu a otevřenost. V neposlední řadě také všem svým blízkým, přátelům a kolegům, za jejich trpělivost, pomoc a podporu, které mi během mé dlouhé cesty studiem poskytovali.

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 15.4.2019*

.....

*Jitka Vecánová*

**Abstrakt:**

Tato diplomová práce se zabývá problematikou komunikace mezi lékařem a pacientem. Teoretická část je, po stručném úvodu věnovaném komunikaci obecně, zaměřena na specifika komunikace mezi lékařem a pacientem, dále se věnuje faktorům, které komunikaci mohou ovlivnit, poté vybraným tématům spojeným s komunikací a poslední kapitola je věnována krátkému shrnutí výzkumů, které se zabývají výukou komunikačních dovedností lékařů a jejím efektem.

V empirické části práce jsem pomocí polostrukturovaných rozhovorů zjišťovala názory, postoje a zkušenosti lékařů týkající se komunikace s pacientem. Z výzkumné studie vyplynulo, že všichni lékaři z vybraného vzorku považovali komunikaci s pacientem za důležitou součást své práce (i když se lišili v míře, do jaké jí důležitost připisovali). Tomu odpovídalo i zjištění, že popis „dobrého lékaře“ a „dobré komunikace“ se z velké části překrýval. Za významné zjištění také považuji fakt, že téměř všichni respondenti považovali pregraduální výuku komunikace za nepřínosnou, přičemž se zdá, že hlavním důvodem bylo jejich subjektivní vnímání tohoto předmětu jako nedůležitého. Dále se ukázalo, že některé překážky v komunikaci, často zmiňované pacienty, jsou nepříjemně vnímány i samotnými lékaři (například časový stres, nedostatek klidu na rozhovor), významnou překážkou v komunikaci byly také vlastní hranice lékaře. Všichni lékaři si byli vědomi vlivu své komunikace na pacienta - největší význam přikládali způsobu, jakým sdělují informace, v jejich výpovědích se naopak neobjevila role kladení otázek.

**Klíčová slova:**

komunikace, vztah lékař-pacient, lékařská praxe, komunikační trénink, postoje

**Abstract:**

This thesis focuses on issues of communication between doctor and patient. After a brief introduction of communication in general, the theoretical part focuses on the specifics of doctor-patient communication. It then deals with different factors that influence communication and selected topics connected to communication. The last chapter summarizes several studies focusing on communication training of doctors and its effect.

In the empirical part, the semi-structured interviews were used to explore opinions, attitudes and experiences of doctors concerning their communication with patients. The results suggest, that doctors perceive communication with patients as an important part of their work (even though they differ in the amount of importance they attribute to communication). In accordance with this finding is the fact, that the description of a „good doctor“ and „good communication“ were quite similar. Almost all respondents considered the undergraduate training in communication as useless, suggesting that the main reason may be the perceived unimportance of this subject at medical school. Some of the communication barriers generally seen by the patients were also seen as important by the doctors (such as time pressure or lack of privacy while consulting with patients), important communication barrier for doctors were also their own limits. All doctors were well aware of the influence of their communication on patients, they perceived as the most important the way of giving information, they did not mention the role of asking questions.

**Keywords:**

Communication, doctor-patient relationship, medical practice, training in communication, attitudes

## Obsah

Seznam použitých zkratk: .....	8
Úvod.....	9
1. Základní pojmy .....	10
1.1 Komunikace .....	10
1.2 Vztah lékař-pacient .....	12
1.3 Komunikace ve zdravotnictví .....	14
1.3.1 Komunikace se specifickými skupinami pacientů.....	17
2. Faktory ovlivňující komunikaci lékaře a pacienta .....	19
2.1 Faktory na straně lékaře .....	19
2.1.1 Komunikační dovednosti .....	20
2.1.1.1 Naslouchání .....	20
2.1.1.2 Empatie .....	22
2.1.1.3 Vysvětlení a podávání informací .....	24
2.1.2 Stres a pracovní přetížení.....	25
2.2 Faktory na straně pacienta .....	27
2.3 Kontext lékařské péče.....	30
3. Témata související s komunikací.....	33
3.1 Spolupráce pacienta - Compliance a Adherence .....	33
3.2 Spokojenost.....	35
3.3 Zdravotní a psychický stav .....	36
3.4 Náklady na léčbu .....	37
3.5 Medicínsko právní spory .....	38
4. Výuka komunikace a její efekt. ....	40
II. Empirická část.....	44
5. Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	45
6. Výběr a popis výzkumného souboru .....	45

7. Použité metody .....	47
8. Sběr dat .....	47
9. Zpracování a analýza dat .....	49
9.1 Příprava dat .....	49
9.2 Analýza dat .....	49
10. Výsledky .....	51
10.1 Charakteristiky dobrého lékaře .....	51
10.1.1 Charakteristiky přímo spojené s komunikací.....	52
10.1.2 Behaviorální projevy s komunikací související .....	53
10.1.3 Odborné kompetence .....	59
10.2 Charakteristiky špatného lékaře.....	60
10.2.1 Charakteristiky přímo spojené s komunikací.....	60
10.2.2 Behaviorální projevy s komunikací související .....	62
10.2.3 Odborné kompetence .....	65
10.3 Jak si lékaři představují dobrou komunikaci .....	67
10.4 Příprava lékařů na komunikaci s pacientem .....	73
10.5 Překážky v komunikaci s pacientem.....	78
10.6 Jaký mají lékaři názor na vliv komunikace na léčebný proces? .....	87
11. Diskuse.....	92
Závěr .....	103
Seznam použité literatury .....	105
Přílohy:.....	111

## **Seznam použitých zkratk:**

2. LF UK	- 2. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
ARO	- Anesteziologicko-resuscitační oddělení
CARE	- Consultation and Relational Empathy Measure
ČLK	- Česká lékařská komora
ČR	- Česká republika
JSE	- Jefferson scale of physician empathy (Jeffersonova škála empatie)
LDL	- Low density lipoproteins (lipoproteiny o nízké hustotě)
PVP	- Povinně volitelný předmět
Z	- Zápočet
Zk	- Zkouška



## Úvod

Téma komunikace mezi lékařem a pacientem se v posledních letech dostává stále více do popředí zájmu. Se stížnostmi na špatnou komunikaci se setkáváme v novinových článcích, v televizním vysílání, na sociálních sítích. Nejčastějším důvodem nespokojenosti s lékařem bývá právě jeho neschopnost správně komunikovat (Ptáček & Bartůněk, 2011).

Při výběru tématu diplomové práce jsem dlouho hledala něco, co by nějakým způsobem odráželo mé hlavní zájmy v průběhu celého studia. Po dlouhém váhání jsem si uvědomila, že pro mě bylo vždycky důležité propojovat poznatky ze dvou oborů, kterým jsem se od začátku studia věnovala – medicíny a psychologie. Během studia jsem mezi těmito obory viděla nejen celou řadu paralel, ale také velký potenciál v tom, co si mohou navzájem nabídnout. S tím však byla spojená i frustrace, že se tomu tak v praxi neděje. Zároveň jsem hledala téma aktuální a využitelné do praxe a téma komunikace tyto požadavky splňovalo.

Problematika komunikace je předmětem zájmu a vědeckého bádání již poměrně dlouhou dobu. Na toto téma bylo již napsáno mnoho knih, byla provedena celá řada výzkumů, ale i přesto se zdá, že v našem prostředí toho zatím do praxe mnoho nepřešlo a mě zajímalo, proč tomu tak je. Z řady výzkumů víme, že pacienti si přejí, aby s nimi lékař komunikoval. Ale jak vnímají komunikaci samotní lékaři? Považují to za důležitou součást své práce? Vědí, jak mluvit s pacientem? Existují důkazy o tom, že tréninky komunikace pro lékaře jsou přenositelné do praxe?

Vzhledem k množství literatury věnující se komunikaci jsem zvažovala, jak toto téma v rámci své diplomové práce uchopit. Není mým cílem (ani to není v možnostech této práce) obsáhnout toto téma v celém jeho rozsahu. Nicméně jsem se rozhodla k problematice přistoupit z několika úhlů pohledu. V teoretické části práce se nejdříve věnuji specifikům komunikace mezi lékařem a pacientem, pak faktorům, které mohou komunikaci ovlivnit, poté se zaměřuji na roli komunikace v širších souvislostech a v poslední kapitole se věnuji výuce komunikačních dovedností. Empirická část práce je zaměřena na lékaře a jejím cílem je zmapovat názory, zkušenosti a postoje českých lékařů ve vztahu ke komunikaci mezi lékařem a pacientem. Pro zaměření výzkumu na lékaře jsem se rozhodla především proto, že převážná většina dosud realizovaných výzkumů se soustředí na pacienty nebo se pokouší komunikaci objektivně zhodnotit, ale našla jsem pouze velmi málo prací, které se zabývaly tím, jak tuto problematiku vidí lékaři.

# 1. Základní pojmy

## 1.1 Komunikace

*„Komunikace není všechno, ale je za vším.“*

(Vymětal, 2008, s. 9)

Komunikaci můžeme definovat jako spojení mezi lidmi prostřednictvím předávání a přijímání významů. Významem je cokoli, co si lidé mezi sebou předávají - tedy nejen informace a poznatky, ale také emoce, normy, hodnoty, postoje atd. Někteří autoři upozorňují na rozdíl mezi **významem** a **obsahem** – obsah je přesně to, co řekneme, například „dobrý den“, význam už je o něco více, ten závisí na tom, jak často člověka potkáváme, jak se známe, jestli nás setkání překvapí atd. (Janoušek, 2008). Svůj význam však nemá pouze to, bylo řečeno, ale také to, co řečeno nebylo – tedy i ticho má v komunikaci svůj význam.

De Vito (2008) navíc ve své definici komunikace upozorňuje na roli neverbální komunikace - definuje interpersonální komunikaci jako vysílání a přijímání verbálních i neverbálních sdělení mezi dvěma či více lidmi.

Výše uvedené definice v sobě nezahrnují intrapersonální komunikaci a vnitřní řeč, které však nejsou předmětem této práce, proto se o nich nebudu blíže zmiňovat.

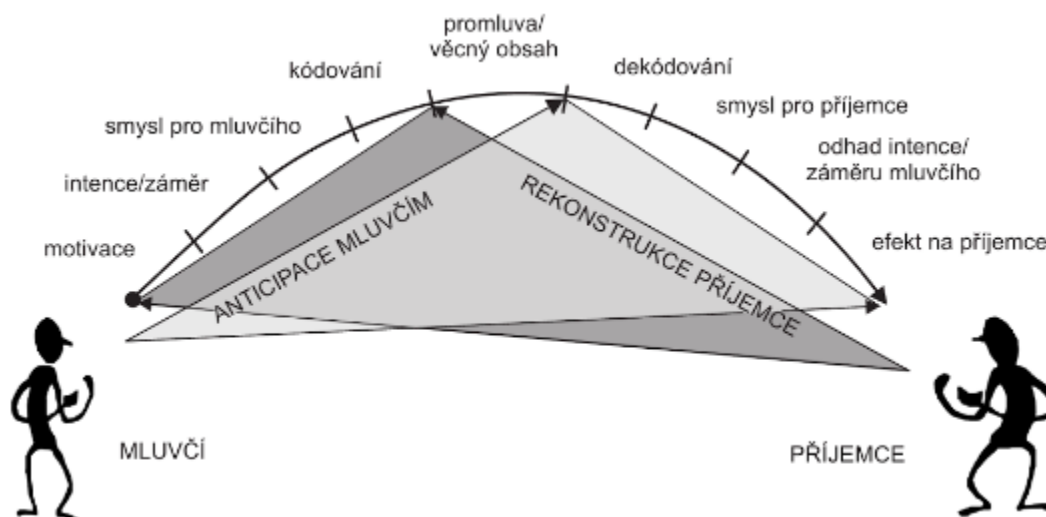
Existuje řada způsobů, jak dělit komunikaci. Komunikace je asi nejčastěji rozdělována na verbální a neverbální. **Verbální komunikace** používá slovních prostředků (mluvených či psaných). **Neverbální komunikace** využívá mimoslovních vyjádření, jakými jsou například gesta, pohyby, prostorové umístění (proxemika), doteky, výrazy tváře, pohledy očí (Janoušek, 2008; Křivohlavý, 2002).

Na pomezí mezi verbální a neverbální komunikací stojí **paraverbální projevy**, kam patří například vzdychání, sténání, smích, pláč, ale i rytmus řeči, výška hlasu, důraz na určitá slova atd., jejich význam je především emocionální. Například věta „*To je mi velice líto*“ může sloužit k vyjádření soucitu či škodolibé radosti (Honzák, 1999; Janoušek, 2008).

Dalším možným rozdělením je dělení komunikace na **záměrnou a nezáměrnou**. Na tomto místě je důležité si uvědomit, že se vzájemně nevylučují, ale spíše se jedná o krajní polohy určitého spektra možností. Verbálnost a záměrnost komunikace do určité míry souvisí s jejím obsahem - zda je spíše kognitivního nebo emocionálního charakteru. Komunikace je

také závislá na kontextu, ve kterém je realizována – jak intrapersonálním, interpersonálním, tak společenském (Janoušek, 2008).

V interpersonální komunikaci je důležitým pojmem **komunikační proces** (viz obrázek č.1). Schéma v sobě zahrnuje jak aktivitu mluvčího, tak aktivitu příjemce, zároveň nás upozorňuje na body, ve kterých může být komunikace zkreslena. Je zde také důležitá asymetrie – mluvčí může anticipovat význam svého komunikačního aktu ještě před jeho kódováním, příjemce může významovou strukturu rekonstruovat až tím, že začne dekódovat sdělení mluvčího. Asymetrie se týká i smyslu sdělení. Zatímco věcný obsah sdělení je v zásadě stejný, smysl může být rozdílný, je totiž vázaný na motivaci obou účastníků, na jejich cíle, sociální faktory apod. (Janoušek, 2007).



Obrázek 1 – Komunikační proces (Janoušek, 2007, s.51)

Komunikační proces je také ovlivněn něčím, co nazýváme **komunikační šum** – tím je myšleno cokoliv, co interferuje s příjmem sdělení. DeVito (2008) uvádí 4 hlavní typy šumu:

- **Fyzický** – pochází ze zdrojů mimo mluvčího či posluchače – např. rušivé zvuky, sluneční brýle.
- **Fyziologický** – vlastní fyziologické bariéry mluvčího nebo posluchače – např. poruchy zraku, sluchu, výslovnosti či paměti.
- **Psychologický** – předsudky, emotivita, psychické problémy, situace, kdy mluvčí nebo posluchač např. předjímá myšlenky druhého.

- **Sémantický šum** - na základě rozdílných významových systémů mluvčího a posluchače. Důvodem může být používání žargonu, složitých termínů nebo dvojznačných slov. S tímto šumem se lze často setkat u lékaře, který používá odborné výrazy, aniž by je vysvětlil.

Existuje tedy celá řada faktorů, které mohou zkreslit sdělení na cestě od mluvčího k příjemci. Je také důležité si uvědomit, že si nepamatujeme to, co nám někdo říkal, ale to, co si myslíme, že jsme slyšeli. Nereprodukuje přesně to, co jsme slyšeli, ale rekonstruuje sdělení do nějakého systému, který nám dává smysl (DeVito, 2008).

## 1.2 Vztah lékař-pacient

Vztah mezi lékařem a pacientem patří ve zdravotnictví k základním vztahům. Navazuje ho každý, kdo se stane pacientem. Vztah lékaře a pacienta je velmi komplexní téma, které by si samo o sobě zasloužilo vlastní rozsáhlou práci. Zmiňuji ho zde velmi stručně především proto, že je od tématu komunikace neoddělitelné.

Vztah lékaře a pacienta, pokud je pozitivní, může spolupráci ulehčovat, ale v opačném případě může brzdit spolupráci i léčebný efekt (Raudenská & Javůrková, 2011). Lékař i pacient na sebe navzájem působí nejen na racionální, ale i na emocionální úrovni. Přestože se lékař snaží o objektivní pohled, nemůže se vyhnout subjektivním prožitkům, které při setkání s nemocným vznikají. Stejně je tomu u pacienta – jeho dojem z lékaře ovlivňuje to, jak se k lékaři chová a jaké množství údajů mu sdělí (Beran, 1997).

Na tento vztah má vliv celá řada proměnných, a to jak objektivních, tak subjektivních - například podobnost mezi lékařem a pacientem, přitažlivost lékaře pro pacienta, vzájemné sympatie či antipatie, očekávání, empatie, vřelost, opravdovost, přenos a protipřenos a terapeutické spojení (Kratochvíl, 2006). Tento vztah se také může časem proměňovat. Například na začátku může pacient lékaři bezmezně důvěřovat, ale poté, co nastanou různé komplikace, se může trpělivost vyčerpat a vztah se začne měnit (Křivohlavý, 2002).

Vztah mezi lékařem a pacientem byl dlouhou dobu spíše paternalistický, založený na značné informační a vědomostní asymetrii. Model paternalismu se vyvíjel řadu let a byl založen na zcela výjimečném postavení lékaře, který byl nositelem nejen odborné, ale i všeobecné vzdělanosti. Tato skutečnost se vryla jak do pojetí, tak do sebepojetí lékaře. Vzhledem k řadě okolností po 2. světové válce, jakými byly například vyšší důraz na lidská práva a individuální svobody, pokroky ve vědě a lékařské praxi a s nimi spojená nutnost týmové spolupráce, vzrůstající vzdělanost laiků (zejména v posledních dvaceti letech

v souvislosti s rozvojem internetu), ale také nárůst dlouhodobě a chronicky nemocných a nárůst dilematických situací, jejichž řešení je možné pouze ve spolupráci s pacientem, dnes dochází spíše k partnerskému modelu. Řada pacientů již nechce být plně závislá na rozhodnutí lékaře, ale chtějí projevit svůj názor a být náležitě informováni. Zároveň si řada laiků může dohledat velké množství informací na internetu, bez lékařského vzdělání je však často nedokáže správně hierarchizovat a to je jeden z důvodů pro nutnou kvalitativní změnu v komunikaci (Haškovcová, 2015; Ptáček & Bartůněk, 2011).

Beran (2010) upozorňuje na to, že společnost má v dnešní době k lékařům a celkově ke zdravotnictví v podstatě ambivalentní postoj, na jedné straně je obdiv, na druhé nedůvěra. V médiích se střídají pochvalné a kritické zprávy, které vždy vzbudí velkou pozornost. Dle Berana (2010) se poprvé v historii obrátily pomyslné váhy moci, které řadu let dávaly v asymetrickém vztahu horní pozici lékaři, ale místo symetrie teď pozorujeme novou asymetrii, kdy má pacient možnost kontroly lékaře a má nad ním v určitém smyslu navrch. Otázkou je, zda je to pro pacienta přínosné.

Vztah lékaře a pacienta je primárně asymetrický, stupeň asymetrie se však může v jednotlivých případech lišit. Beran (1997) mluví o spojení **biopsychosociálního** modelu se symetrizací vztahu lékaře a pacienta, ve kterém lékař nevystupuje autoritativně, nenaléhá, poskytuje v hovoru více prostoru pacientovi a snaží se dosáhnout partnerské spolupráce. Oproti tomu **biomedicínsky** orientovaný lékař přijímá roli co nejobjektivnějšího pozorovatele, který pacienta zkoumá a bere v úvahu jen objektivizovatelná zjištění. Autoritativním vystupováním si lékař zajišťuje odstup a z této pozice pak rozhoduje. Někdy se stává, že se za tímto vystupováním skrývá určitá nejistota lékaře. Oba dva typy vztahu však mají své opodstatnění a ani jeden z nich nemá obecnou platnost. Pokud je pacient v akutním ohrožení života nebo dokonce v bezvědomí, je role lékaře jednoznačně dominantní a vztah je asymetrický, u léčby chronického onemocnění je asymetrie vztahu méně výrazná a jedná se spíše o partnerský vztah. Lékař také může svůj přístup k pacientovi měnit podle vývoje jeho klinického stavu.

Pohled na vztah mezi lékařem a pacientem významně ovlivnil také lékař a psychoanalytik Michael Bálint. Vnesl do lékařství důraz na psychickou složku nemoci a propagoval celostní pojetí medicíny. Věnoval se analýze dynamického vztahu mezi lékařem a pacientem, pro který používal metaforu lékaře jako nejčastěji používaného léku, u kterého je potřeba znát (stejně jako u ostatních léků) jeho dávkování, působení a nežádoucí účinky – mluvil o zkoumání „*farmakologie drogy lékaře*“ (Bálint, 1999, s. 14). Jeho přínos také

spočívá v obrácení pozornosti k emocím lékaře. Jako jeden z možných kroků k senzibilizaci lékařů vůči problémům psychosociální povahy založil tzv. bálintovské skupiny. Jedná se o strukturovanou skupinovou diskusi, která napomáhá odhalit zejména problémy ve vztahu mezi lékařem a pacientem a jejich vliv na způsob léčby. Tato forma seminářů se poté rozšířila v řadě zemí (Beran, 2010).

### **1.3 Komunikace ve zdravotnictví**

Komunikace ve zdravotnictví v sobě zahrnuje jak komunikaci pacienta s lékařem, tak s řadou dalších zdravotnických pracovníků (zdravotních sester, pomocného personálu atd.). Nelze také opomenout komunikaci mezi zdravotníky navzájem, která se v poslední době, vzhledem ke značné specializaci a s ní spojené nutnosti mezioborové spolupráce, stává významným tématem. Pokud nefunguje souhra a chybí komunikace v týmu, vede to často k nedorozuměním, která na pacienta působí rušivě (Ptáček & Bartůněk, 2011). S ohledem na téma své práce se budu nadále věnovat pouze komunikaci mezi lékařem a pacientem.

Komunikace mezi lékařem a pacientem je v současné době často diskutované téma. Dle Ptáčka & Bartůňka (2011) se většina nemocných ztotožňuje s názorem, že odborná úroveň našeho zdravotnictví je velice dobrá, ale současně jsou trvale nespokojeni s chováním lékařů (nejčastěji mluví o lhostejnosti, aroganci nebo nepochopení). Většina pacientů stále vnímá ze strany lékaře nezáměr o pochopení jejich obtíží, nebo neochotu pro dostatečné sdělení diagnózy a způsobu terapie, což vede k nižší spokojenosti pacienta, neefektivnímu dodržování léčby a k její vyšší nákladnosti.

Na roli komunikace ve zdravotnictví upozorňoval již před více než dvaceti lety ve svých publikacích Honzák (1999) a jeho publikace jsou stále aktuální. Zdůrazňuje nutnost vyptat se pacienta na všechno, co by mohlo další spolupráci ztěžovat (např. obavy, nechuť, odmítání, popř. vliv dalších osob), upozorňuje na důležitou roli neverbální komunikace a dává ve své publikaci rady lékařům, jak pracovat s jazykem: např. formulovat sdělení pozitivně, nikoliv negativně.

Ve spojení s komunikací mezi lékařem a pacientem jsou obvykle zmiňovány jako hlavní cíle **výměna informací** a **utváření vzájemného vztahu**. Cegala, Coleman & Turner (1998) dále dělí výměnu informací do 3 kategorií:

- **Vyhledávání informací (Information seeing)** - získávání informací od pacienta.
- **Podávání informací (Information giving)** – poskytování informací o zdravotním stavu, původu pacientových obtíží, diagnóze, způsobu léčby a prognóze.
- **Ověřování informací (Information- verifying)** - opakování a ujišťování se o porozumění.

Křivohlavý (2002) dále upozorňuje na zpětnou vazbu, která nejenže ukazuje, zda jeden porozuměl tomu, co řekl druhý, ale také nám umožní zjistit, jak sdělení na druhého zapůsobilo, což se může projevit na jeho ochotě dodržovat léčbu. Také zdůrazňuje, že lékař potřebuje zpětnou vazbu o tom, zda léčba pacientovi pomáhá.

Kromě informační roviny zde hraje svou neopomenutelnou roli také **socioemocionální komunikace**. Pacient, který vyhledá lékaře, netouží pouze po stanovení diagnózy a poskytnutí medicínské terapie, ale hledá také člověka, který mu poskytne radu a útěchu. Někoho, kdo ho přijme, vyslechne, porozumí a poradí. Pacient očekává sociální podporu a pomoc nejen v somatických, ale i v osobních potížích, což se zvyrazňuje u chronicky nemocných pacientů (Křivohlavý, 2002). Obě tyto roviny komunikace - jak informační, tak socioemocionální mohou mít výrazný vliv na motivaci pacienta k léčbě.

Při jednání s pacientem je také dobré si uvědomit, že vnímání nemoci je často odlišné pro lékaře a pro pacienta. V anglosaské literatuře jsou tyto dva koncepty označeny odlišnými termíny. *Illness* – zdůrazňuje prožitkovou úroveň na straně pacienta, česky překládáno jako stonání. *Disease* označuje vědecký model onemocnění, v češtině nemoc/choroba. Lékař posuzuje nemoc podle její diagnostické a prognostické váhy, pacient především podle potíží, jaké mu nemoc způsobuje – bude si tedy stěžovat na příznak, který mu způsobuje nejvíce potíží, i když nemusí být nutně ten nejzávažnější (Honzák, 1999).

Dříve medicína představovala celistvější systém, kde biologické a psychologické nebylo natolik vzdálené. Když lékaři neměli k dispozici tak velké množství vyšetřovacích metod, snažili se pacienta uklidnit a být mu oporou (Beran, 2010). Dle Ptáčka a Bartůňka (2011) se řada odborníků shoduje na tom, že lékaři začali méně komunikovat v době, kdy svou pozornost upřeli k přístrojům. Mluví o pojmu „*mlčení medicíny*“, který dávají do souvislosti s rychlým technickým vývojem především zobrazovacích metod, které mohou

lékaře svádět k podceňování komunikace a spoléhání se na „objektivní účinky“ moderních metod, pacienti však tento kontakt stále více postrádají.

Řada autorů poukazuje na to, že komunikační dovednosti nejsou pouze „něco navíc“, ale že bez nich mohou být vědomosti a intelektuální snahy snadno promarněny (Silverman, Draper & Kurtz, 2005). Na důležitou roli komunikace upozorňuje i Ptáček a Bartůněk (2011). Konstatují, že efektivní komunikace v medicíně významně zlepšuje, nebo alespoň pozitivně ovlivňuje následující:

- **Přesnost diagnózy a její provázanost s dalšími skutečnostmi.**
- **Terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem a dodržování léčby.**
- **Výsledky léčby.**
- **Spokojenost lékaře i pacienta.**

Podle Haškovcové (2015) můžeme komunikaci ještě rozdělit na dva významné problémové okruhy. Na běžnou a výjimečnou komunikaci. **Běžná komunikace** je uplatňována vůči pacientům, kteří mají léčitelné a časově omezené onemocnění. Ve zdravotnictví je tento typ komunikace nejčastější a nezahrnuje dilematické situace. Pokud však není zvládnuta a nejsou respektována základní pravidla ohleduplnosti a slušnosti, může i běžná komunikace mít za následek řadu nedorozumění mezi lékařem a pacientem. Běžná komunikace bývá často lékaři podceňována, ačkoliv právě ta má rozhodující podíl na jejich vztahu s pacientem. Výrazně se uplatňuje v celkové míře spokojenosti či nespokojenosti se zdravotnickou péčí. Zahrnuje vlídné, vstřícné chování a lze se ji naučit. Oproti tomu **výjimečná komunikace** zahrnuje situace, kdy je zdravotní stav pacienta vážný a nabízí se více řešení, z nichž žádné nelze označit jako „to nejlepší“. K řešení je tedy třeba připustit i pacienta. Ptáček a Bartůněk (2011) uvádějí, že paradoxně lékaři ve výjimečné komunikaci chybují méně, neboť pečlivě váží svá slova s ohledem na zdravotní stav pacienta.

Řada výzkumů ukazuje, že zabývat se komunikací mezi lékařem a pacientem má smysl. V systematickém přehledu zahrnujícím celkem 133 551 případů stížností pacientů z 59 studií uvedených v databázích Pubmed, Medline a Science Direct výzkumníci zjistili, že stížnosti lze kategorizovat do 3 hlavních skupin. První skupina obsahovala stížnosti vztahující se ke **kvalitě samotné péče** (celkem 33,7%), ve druhé skupině byly stížnosti vztahující se k **managementu zdravotní péče** - prostředí, organizace péče, zpoždění (35.1%) a třetí skupina zahrnovala stížnosti na **vztah lékaře/zdravotníka k pacientům** (29.1%) . Třetí skupina byla dále rozdělena do 3 kategorií:



- **Komunikace** – nedostatečná komunikace, nemožnost podílet se na komunikaci, nedostatečné naslouchání.
- **Lidskost a péče** - nedostatek respektu, hrubé chování, neúcta k pacientům a jejich rodinám.
- **Práva pacientů** - porušení důvěry, diskriminace, absence informovaného souhlasu.

Většina stížností (celkem 64,1%) se tedy vztahovala k tomu, jakým způsobem je zdravotní péče organizována a poskytována (Reader, Gillespie, & Roberts, 2014).

Tabulka č.1 ukazuje statistiky týkající se celkového počtu stížností podaných na Českou lékařskou komoru (ČLK) za poslední čtyři roky a počet stížností zaměřených přímo na komunikaci. Samozřejmě je potřeba mít na paměti, že ne všechny stížnosti se dostanou až na ČLK (někdy si pacienti stěžují „pouze“ u vedení nemocnice). Také lze předpokládat, že řada stížností bude s komunikací souviset nepřímo (například vnímaná arogance lékaře může vést k tomu, že si pacient bude stěžovat na neadekvátní péči). Reálná čísla tedy budou pravděpodobně vyšší.

Rok	Celkový počet stížností	Počet stížností – komunikace
2015	1162	143
2016	1148	96
2017	1148	127
2018	1184	173

**Tabulka č. 1** (Zdroj: Autor, na základě informací poskytnutých ČLK)

### 1.3.1 Komunikace se specifickými skupinami pacientů

Přestože se ve své diplomové práci věnuji komunikaci ve vztahu lékař-pacient v obecné rovině, nelze opomenout, že každý obor má z hlediska komunikace svá specifika. Například při péči o chronicky či nevléčitelně nemocné je potřeba pracovat na adaptaci na nemoc, zvládání stresu, úzkosti a na subjektivním uspokojení pacienta. V chirurgických oborech je potřeba pacienty připravit na operace, amputace a zvládání pooperačního stavu. Komunikace je důležitá i u akutních stavů, kde se lékaři setkávají s akutní reakcí na stres, posttraumatickou stresovou poruchou a poruchami přizpůsobení. V akutní medicíně častěji lékaři pokládají otázky uzavřené: „*Bolí vás hlava? Jste dušný?*“ které jsou v akutním stavu namísto, na druhou stranu je třeba si uvědomit, že když je jich příliš mnoho, rozhovor pak

vypadá spíše jako výsledek. Naprosto specifická je pak komunikace v psychiatrii (Raudenská & Javůrková, 2011).

Při komunikaci je potřeba brát v úvahu také věk pacienta. Svá specifika má bezpochyby komunikace v pediatrii, kdy se lékař musí nejen přizpůsobit věku dítěte, ale současně se věnovat také jeho rodičům. Během vyšetření se zároveň snaží minimalizovat dětský strach a psychickou zátěž dětí i rodičů. Svá specifika má samozřejmě i komunikace v geriatrii, kde bývá častou chybou například přílišná familiárnost v oslovování starších pacientů.

Jedním z častých témat je **sdělování špatné zprávy**. Často pozorovaná nechuť lékařů k takovému sdělení může být lidsky pochopitelná, týmová práce také nabízí možnost uniknout nutnosti závažnou diagnózu sdělit s tím, že lékař předpokládá, že to udělá „ten před ním“ nebo „ten po něm“ (Ptáček & Bartůněk, 2011). S touto potíží se často setkáváme v péči o onkologicky nemocné, ale i když by se tak na první pohled mohlo zdát, toto téma se netýká pouze onkologů, ale proniká do všech lékařských oborů (nebo alespoň do všech klinických oborů).

Další překážkou při péči o těžce nemocné a umírající je fakt, že zdravotnický personál mnohdy nemívá možnost tyto otázky a požadavky s nikým sdílet, ani se poradit, jak postupovat. Chybí supervizní setkání a možnosti, jak se vzájemně podpořit. K tomu, aby zdravotníci dokázali pracovat výkonně a zároveň byli citliví k potřebám pacientů, je potřeba, aby pečovali i sami o sebe (Ptáček & Bartůněk, 2011).

Samozřejmě specifická komunikace se netýká pouze jednotlivých oborů. Existuje řada doporučení, jak komunikovat s určitými skupinami pacientů - s osobami se smyslovým postižením, s osobami se sníženým intelektem, s pacienty jiného vyznání atd. Zvláštní skupinu také tvoří pacienti s poruchami osobnosti. Přestože se jedná o velice zajímavá témata, specifika komunikace s těmito skupinami pacientů nejsou předmětem mé diplomové práce. V dalším textu se budu věnovat komunikaci z širšího úhlu pohledu, protože věřím, že lze najít celou řadu společných faktorů.

## 2. Faktory ovlivňující komunikaci lékaře a pacienta

Komunikace mezi lékařem a pacientem probíhá za specifických podmínek a je ovlivňována celou řadou faktorů, z nichž některé komunikaci facilitují, jiné ji naopak brzdí. Patří sem faktory **individuální** (především osobní dispozice a motivace), **situační** (čas, prostor a aktuální stav zúčastněných) a širší **sociokulturní kontext** (Vymětal, 2008). Jejich vzájemné působení utváří výslednou podobu setkání lékaře s pacientem. V následujícím textu se pokusím některé z nich blíže popsat.

### 2.1 Faktory na straně lékaře

Situace lékaře je ovlivněna řadou faktorů. Jedná se o jeho osobnostní charakteristiky, dosavadní zkušenosti, představy o roli lékaře, jeho postoj ke komunikaci, zájem o pacienta a také o jeho aktuální stav.

Zajímavé je, že to, co si lékař myslí, jak se chová a jak tím ovlivňuje proces léčby pacienta, nebylo zkoumáno do takové míry, jako na straně pacientů. Jedním z možných vysvětlení je zakořeněný názor, že myšlení lékaře je ovlivněno především teoretickými a empirickými znalostmi získanými během studia medicíny. Lékaři se ale v přístupu k jednotlivým pacientům liší tak, že to nelze vysvětlit pouze výše uvedenými vlivy (Raudenská & Javůrková, 2011). Existuje velmi málo výzkumů zaměřených na postoje lékařů obecně. Pokud se jedná o přístup lékařů ke komunikaci jako takové, dle mně dostupných zdrojů byly na toto téma provedeny pouze dva výzkumy. Jeden z výzkumů provedený v Portugalsku ukázal pozitivní postoj lékařů ke komunikačním dovednostem v lékařské praxi (Loureiro, Severo, & Ferreira, 2015). Podobný výzkum provedený na lékařích věnujících se pedagogické činnosti ve fakultní nemocnici ukázal srovnatelné výsledky (Langille, Kaufman, Laidlaw, Sargeant, & MacLeod, 2001).

V rozhovoru mezi lékařem a pacientem mnohdy dochází k řadě nedorozumění, a to v různých fázích rozhovoru – od zjištění důvodu, proč pacient přišel, přes získávání informací, vysvětlování a plánování dalšího postupu (Kurtz, Draper, & Silverman, 2005). Lékaři mnohdy opomíjejí možnost pomoci pacientovi svou přítomností, nasloucháním a zájmem. Zapomínají, jakou útěchu lékařovo porozumění přináší. Na první pohled se může zdát, že se jedná o jednoduché a samozřejmé věci a vzniká dojem, že není nutné se je učit a že by je každý dokázal využít, kdyby měl čas (Beran, 2010).

Ptáček, Raboch & Kebza (2013) uvádějí jako příčiny nedostatečné ochoty ke komunikaci s pacientem (nebo její opomíjení) dvě hlavní skupiny faktorů:

- **Nedostatečné vzdělání a trénink v komunikaci.**
- **Nadměrná pracovní zátěž, syndrom vyhoření a neuspokojivé pracovní podmínky.**

### 2.1.1 Komunikační dovednosti

Když vyjdeme z výše uvedeného rozdělení, jedním z důležitých faktorů na straně lékaře jsou jeho komunikační dovednosti. Beran (2010) mluví o základních komunikačních dovednostech lékaře, které rozděluje na dovednosti převážně verbální povahy uplatňované při **formulaci sdělení pacientovi** a na dovednosti spíše nonverbální jako **schopnost naslouchání a empatie**.

#### 2.1.1.1 Naslouchání

*„Dobře poslouvej svého nemocného, říká ti totiž diagnózu.“*

Prof. Josef Thomayer (Ptáček & Bartůněk, 2014, s. 88)

Nasloucháním myslíme soubor dovedností, mezi které patří **pozornost a soustředění, porozumění, zapamatování, zhodnocení a zpětná vazba** (DeVito, 2008). Naslouchání znamená všimnout si jak **verbálních, tak neverbálních signálů** – tedy nejen toho, co pacient říká, ale také jakým způsobem to říká, nebo dokonce i toho, co neříká, a to vše poté správně interpretovat (Beran, 2010; Tate, 2005). Honzák ve svých publikacích upozorňuje lékaře na nutnost všimnout si i zdánlivě drobných nuancí v řeči. Zdůrazňuje například často používané sloveso „*snažit se a pokusit se*“ u pacienta, který prohlašuje, že se „*bude snažit držet dietu a pokusí se omezit přísun cholesterolu*“ a poukazuje na odlišnost tohoto tvrzení od sdělení, že pacient něco doopravdy „*udělá*“. Ilustruje to příkladem, který dával Eric Berne svým pacientům: „*Sednete do letadla, jehož kapitán ohlásí, že se bude snažit doletět do Paříže nebo že se pokusí přistát v Londýně?*“ (Honzák, 1999, s.47).

Nestačí však „pouze naslouchat“, mezi lékařem a pacientem často chybí **porozumění** (Kurtz, Draper, & Silverman, 2005). Porozumění znamená nejen pochopit pacientovy myšlenky, názory, postoje a psychický stav, ale také mu umět **porozumění projevit**, ať už verbálně či neverbálně (Beran, 2010).

Důležitým uměním úzce spojeným s nasloucháním je také **kladení otázek**. Existuje řada doporučení pro lékaře, jakým způsobem postupovat, kdy volit otevřené, kdy uzavřené

otázky, jaká slova jsou vhodnější než jiná atd. Kladení otázek je samo o sobě velmi rozsáhlé téma, které zde nebudu podrobněji rozvádět.

I přes opakované zdůrazňování výše uvedených dovedností v literatuře se ukazuje, že řada zdravotníků postrádá schopnost **naslouchat, klást otázky a analyzovat slyšené**. Místo toho jsou často preferované instrumentální postupy – objektivní vyšetření, zobrazovací metody, laboratorní vyšetření atd. (Honzák, 1999; Křivohlavý, 2002).

To ukázal i výzkum, který se věnoval analýze nahrávek 74 návštěv pacientů v interní ambulanci. Autoři zjistili, že lékař v 69 % případů pacienty přeruší předtím, než dokončí své úvodní sdělení, a to pouze po 18ti vteřinách. Pouze 1 z 51 přerušovaných pacientů později dokončí, co chtěl na začátku říci. Po několikáté konzultaci za den přerušuje lékař pacienta již po první větě. Zásadní problém tkví v tom, že poradí, ve kterém pacienti sdělují své problémy, neodpovídá jejich klinické důležitosti a lékaři tím mohou přijít o důležité informace. Zajímavé je, že většina pacientů, kteří nebyli přerušeni, dokončili své sdělení cca po 60 vteřinách a nikdo z nich nemluvil déle než 150 vteřin. Zdá se tedy, že lékaři přeceňují čas, který by pacienti využili k mluvení, kdyby měli šanci (Beckman & Frankel, 1984).

Podobná studie byla provedena o 15 let později, tentokrát se zkušenými praktickými lékaři. Ukázalo se, že průměrný čas přerušení byl stále velmi krátký – 23 sekund. Pouze 28% pacientů dokončilo to, co chtělo v úvodu říct, a k původnímu tématu se po přerušení vrátili během konzultace pouze v 8% případů. Zjistilo se také, že lékaři, kteří prošli tréninkem v komunikaci, měli vyšší tendenci ptát se na pacientovy obavy a dovolili mu jeho sdělení dokončit (Marvel et al., 1999).

V kanadském výzkumu z roku 2011 provedli výzkumníci polostrukturované rozhovory s 51 pacienty, od kterých zjišťovali, co je pro ně v naslouchání lékaře nedůležitější. Z rozhovorů vyvstala 3 hlavní témata. Prvním bylo **shromažďování klinických údajů, diagnostika a volba způsobu terapie**. Řada respondentů udávala, že své tělo znají nejlépe a vědí, jak reaguje, a proto je pro ně důležité, aby jim lékař naslouchal a s těmito údaji dále pracoval. Někteří účastníci také zmínili, že si o nich lékaři často čtou v dokumentaci informace od jiných odborníků. Pacienti však očekávají, že lékaři budou brát na vědomí především informace od nich samotných. Druhým tématem byla funkce naslouchání jako **léčebného a terapeutického prostředku**, který jim přinášel úlevu od stresu z aktuálního stavu. Naopak nedostatek porozumění ze strany lékaře se u nich projevil zvýšením obav či strachu z nemoci. Třetím tématem bylo naslouchání, jako **prostředek k tvorbě a posilování**

**vztahu mezi lékařem a pacientem.** Pacienti chtěli, aby se jim lékař v určeném čase věnoval, a očekávali od něj projev zájmu a empatie (Jagosh, Donald Boudreau, Steinert, MacDonald, & Ingram, 2011).

Současně je však nutné, aby lékař naslouchal nejen pacientovi, ale také sám sobě. Je přirozené, že někteří pacienti mu budou sympatičtější a jiní méně, ale je potřeba, aby si tohoto faktu byl vědom a dokázal s ním pracovat (Beran, 2010). To může být pro lékaře poměrně těžký úkol, protože je to něco, na co je během studia nikdo nepřipravuje. K tomuto účelu mohou sloužit již výše zmíněné bálintovské skupiny.

### 2.1.1.2 Empatie

Empatie pochází z řeckých slov *en* (v,do) a *phatos* (velké city a vášeň, které v sobě soustředí současně utrpení). Většinou se překládá jako schopnost vcítit se do situace druhého člověka (Ptáček & Bartůněk, 2011). Jedná se o schopnost poznat vnitřní svět druhého a umění podívat se na svět z jeho úhlu pohledu (Beran, 2010). Ve zdravotnictví je kromě **emocionální** složky empatie zdůrazňována také složka **kognitivní**, jako schopnost, která umožňuje porozumění vnitřní zkušenosti a perspektivě pacienta a s tím související dovednost na základě tohoto porozumění komunikovat (Hojat et al., 2002). Ptáček a Bartůněk (2011) užívají pro lékařské prostředí pojmu **empatického chování** jako specifické formy komunikace. Oproti empatii je to pojem o něco oslabený, nevyžaduje do takové míry prožitek emocí druhých a potlačení vlastních emocí, což je podle autorů vzhledem k dennímu počtu pacientů a dalším povinnostem lékaře jen těžko realizovatelné.

Empatie bývá často považována za charakteristiku osobnosti. Ačkoliv někteří z nás jsou přirozeně empatičtější než jiní, ukazuje se, že empatické chování se dá naučit (Silverman, Draper & Kurtz, 2005).

Empatický přístup má ve zdravotnictví nezastupitelnou roli. Díky němu může lékař pochopit i zdánlivě nelogické a někdy i agresivní jednání pacienta. Navíc empatický přístup lékaře dává pacientovi pocit, že na problém není sám (Raudenská & Javůrková, 2011). Vzhledem k velkému množství výzkumů, které vyzdvihují empatii jako důležitý faktor v souvislosti s úspěšností léčby, někteří autoři dokonce užívají i pojmu **evidence based empatie** (Ptáček & Bartůněk, 2014).

Na roli empatie v lékařské péči byla provedena celá řada studií. Význam empatického chování byl zkoumán například u pacientů s diabetem. Cílem studie bylo zjistit, jestli je vyšší míra empatie lékaře spojena s lepšími klinickými výsledky u pacientů. Studie se účastnilo 891 pacientů s diabetem a 29 praktických lékařů. Měření empatie probíhalo pomocí sebehodnotícího dotazníku, konkrétně Jeffersonovy škály empatie (JSE – Jefferson scale of physician empathy), ve kterém respondenti udávali míru souhlasu či nesouhlasu s jednotlivými tvrzeními na sedmibodové Lickertově škále. U pacientů byla měřena hladina glykovaného hemoglobinu v krvi (což je hodnota, která vypovídá o dlouhodobé kompenzaci diabetu – jedná se tedy o přesnější údaj, než aktuální hladina cukru v krvi, která výrazně kolísá během dne) a hodnota LDL (low-density-lipoproteins) neboli „špatného cholesterolu“. Výsledky ukázaly, že pacienti, jejichž lékaři měli vysoké skóre empatie, měli signifikantně lepší hodnoty glykovaného hemoglobinu i LDL než pacienti, jejichž lékaři skórovali nízko (Hojat et al., 2011). Podobně zaměřená studie byla provedena v Itálii. Jednalo se o retrospektivní korelační studii, do které bylo zařazeno přes 20 000 pacientů s diabetem a 242 praktických lékařů. Výzkumníci během jednoho roku porovnávali skóre lékařů na JSE s výskytem akutních metabolických komplikací diabetu u svých pacientů (konkrétně hyperosmolární stav, diabetická ketoacidosa a kóma). Vzhledem k tomu, že pacienti, kteří navštěvovali lékaře s vyšší mírou empatie, měli signifikantně nižší incidenci metabolických komplikací, výzkumníci považují empatii za velmi významnou klinickou kompetenci (Del Canale et al., 2012).

V dalších výzkumech byl použit jiný, ve zdravotnictví často užívaný nástroj na měření empatie – dotazník CARE (Consultation and Relational Empathy Measure). Hlavním rozdílem oproti JSE je, že respondenty byli pacienti hodnotící své lékaře. Ve výzkumu zaměřeném na pacienty s diagnostikovanou migrénou byla nalezena signifikantní korelace mezi vnímanou empatií lékaře, snížením symptomů a lepší compliance (tedy dodržováním životosprávy, cvičením, omezením stresu, pravidelným spánkem a medikací) (Attar & Chandramani, 2012). Další výzkum se zabýval efektem interakce mezi pacientem a lékařem na tíži a trvání běžného nachlazení. Studie probíhala na 719 pacientech, kteří pomocí dotazníku CARE hodnotili empatii svého lékaře. Ukázalo se, že vyšší percepce empatie byla spojena s kratší dobou onemocnění a menší tíží příznaků (Rakel et al., 2011).

Ve studii provedené na oddělení Urgentního příjmu se výzkumníci snažili zjistit, jestli empatie lékaře souvisí se spokojeností pacientů. Ukázalo se, že mladší lékaři (tj. lékaři do 3 let po skončení studia) měli nižší skóre empatie než ti starší (lékaři s praxí nad 5 let) a že

existuje pozitivní korelace mezi sebehodnocením empatie a spokojeností pacientů (Wang et al., 2018). V tomto případě je však možná řada alternativních vysvětlení. Například starší lékaři mohou mít více sebejistoty a mohou být pacienty vnímáni jako zkušenější, což může také zvýšit jejich důvěru a spokojenost.

Výzkumy empatie byly prováděny i na studentech medicíny, kde se ukázaly poměrně překvapivé výsledky. Jedna z těchto studií byla provedena v českém prostředí a ukázala signifikantní pokles skóre empatie u studentů ve 3. ročníku studia, v dalších letech už zůstaly výsledky stabilní. K propadu tedy došlo ve chvíli, kdy se studenti více seznamují s reálnou praxí a přicházejí do kontaktu s pacienty a lékaři (Kožený & Tišanská, 2011). Tyto výsledky jsou v souladu s výsledky amerických studií, které se zabývaly stejným fenoménem (Hojat et al., 2009).

Některé výzkumy ale naznačují, že se nemusí jednat o všeobecný jev. Data ze dvou výzkumů z odlišného kulturního prostředí (konkrétně z východní Asie) ukazují jiný trend. Jednoho výzkumu se zúčastnili studenti jihokorejské univerzity, u kterých autoři měřili empatii od 1. do 4. ročníku pomocí stejného dotazníku - Jeffersonovy škály empatie upravené pro studenty. Výsledky ukázaly, že studenti obdrželi každý následující rok vyšší skóre než v předchozím roce a nejvyšší míry empatie tak dosahovali ve čtvrtém (posledním) ročníku (Hong et al., 2012). Podobné výsledky obdrželi také výzkumníci v Japonsku, i v jejich výzkumu se hodnoty empatie během studia u mediků zvyšovaly (Kataoka et al., 2009). Otázkou tedy je nakolik hraje roli kulturní odlišnost a jiná podoba přípravy studentů medicíny.

### **2.1.1.3 Vysvětlení a podávání informací**

Není pochyb o tom, že schopnost vysvětlovat je pro lékaře nepostradatelná. Krivohlavý (2002) uvádí, že pacient přichází k lékaři s otázkou „*Co je příčinou jeho obtíží*“ a podle toho, jak jasnou a srozumitelnou odpověď obdrží, buď je, nebo není spokojen.

Důsledná edukace není pouze klíčem k tomu, aby pacient porozuměl svým potížím, ale může také zlepšit jeho akceptaci důsledků nemoci, či úrazu (Raudenská & Javůrková, 2011). Je však vždy potřeba sdělení formulovat citlivě a přizpůsobit ho konkrétnímu pacientovi tak, aby z rozhovoru cítil podporu lékaře. Zvláště ke sdělení závažnějších informací je potřeba vybrat vhodný okamžik. Pokud pacient výklad nepřijímá, nedoporučuje se na něj tlačit, ale počkat, až na něj bude připravený. To platí zvláště pro pacienty s tělesnými symptomy bez somatického podkladu (Beran, 2010).



Je také potřeba zvážit formu, jakou pacientovi informace podat. Dle Křivohlavého (2002) bývá lékařský žargon jmenován na prvním místě, pokud se zjišťují těžkosti v komunikaci pacienta a lékaře. Pokud se ale lékař snaží s pacientem mluvit až příliš jednoduchou řečí (i když ho může vést snaha přiblížit se k pacientovi) výsledek také může být problematický. Honzák (1999) upozorňuje na důležitou roli neverbální komunikace. Dále dává ve své publikaci rady lékařům, jak pracovat s jazykem, mimo jiné doporučuje formulovat sdělení kladně, například místo „*nejezte tučné*“ říci „*jezte něco zdravého*“.

Tate (2005) poukazuje na riziko přílišného vystrašení pacienta, které ilustruje na dobře známém vztahu mezi arousalem a výkonem na obrácené U křivce, kde na místo arousalu umisťuje obavy. Popisuje, že přílišným vystrašením může být pacient uveden do netečnosti, ale menší obavy ho mohou vést k větší výkonnosti, která mu pomůže zvládnout léčbu.

Ukazuje se, že se pacienti a lékaři neshodují v důležitosti sdělování lékařských informací. Pacienti kladou na první místo informace o prognóze, diagnóze a příčinách obtíží, zatímco lékaři přikládají větší váhu informacím o léčbě a farmakoterapii (Kindelan & Kent, 1987). Lékaři také mají tendenci přeceňovat čas, který věnují edukaci pacientů. Analýza 336 rozhovorů mezi lékařem a pacientem ukázala, že lékaři stráví poměrně málo času informováním pacientů. Lékaři-internisté věnovali vysvětlení průměrně něco přes 1 minutu času v rozhovorech trvajících 20 minut. Lékaři přeceňovali čas, který této aktivitě věnovali, až 9x a podceňovali touhu pacientů po informacích (Waitzkin, 1985).

### 2.1.2 Stres a pracovní přetížení

Lékaři jsou celoživotně vystaveni značnému stresu. Tento stres pramení jednak z **odpovědnosti**, kterou s sebou nese tato profese, současně je **stres** spojen s **časovou tísní** a narůstajícím množstvím **administrativních činností**. Výzkum provedený v Německu měl za cíl zjistit, kolik času lékaři stráví komunikací s pacienty a kolik času věnují dalším povinnostem. Sběr dat probíhal ve fakultní nemocnici na několika odděleních, konkrétně do něj byli zahrnuti lékaři z oddělení interny, chirurgie, radiologie a gynekologie. Výsledky ukázaly, že průměrný pracovní den lékaře měl 10 hodin a 58 minut (délka pracovního dne jednotlivých lékařů se pohybovala v rozmezí 490-848 min.) s přestávkami trvajících průměrně 35 minut. Z celkového času průměrně 150 minut strávili lékaři diskusemi s kolegy, 148 minut administrativními úkoly a průměrný čas na komunikaci s pacientem vycházel na 85 minut za den. Z toho při přepočtu na jednoho pacienta vycházelo průměrně 4 minuty a 17 vteřin (Becker et al., 2010).

Nelze tedy opomenout ani **pracovní přetížení** a v dnešní době tolik medializované hodiny přesčasů, které lékaři tráví v nemocnicích. K tomu se lékař denně setkává s nemocí a utrpením druhých. Pokud lékař žije v nadměrném stresu a je psychicky vyčerpán, může jen velmi těžko podpůrně působit na své pacienty

Aby lékař dokázal plně naslouchat problémům druhého, je potřeba, aby sám byl v dobré duševní kondici. Pokud nedokáže stres své profese snášet, dochází nejen k fyzickým, ale i k psychickým změnám, které mohou dojít až k **syndromu vyhoření**. Jeho rozvoji obvykle předchází výrazné pracovní vypětí, poté následuje pokles výkonnosti i kreativity a dochází k emočním změnám. Více náchylní jsou lidé, kteří mají snížené sebehodnocení a potřebu jeho kompenzace a také ti, u kterých práce nahrazuje jiné oblasti života a těžko se vyrovnávají s neúspěchem (Beran, 2010). Že se jedná o velmi aktuální téma, ukazuje výzkum z roku 2013, kterého se zúčastnilo více než 7000 českých lékařů a ve kterém bylo zjištěno, že asi 34% lékařů pociťuje symptomy syndromu vyhoření a více než 64% uvažuje o odchodu z profese. Dle autorů tyto výsledky odrážejí situaci i v jiných zemích (Ptáček, Raboch, & Kebza, 2013).

Existují výzkumy, které se zabývaly **souvislostí mezi stresem a empatií**. Výzkum provedený na studentech medicíny, který měřil jejich úroveň empatie, vnímaný stres a sociální podporu, ukázal pozitivní korelaci mezi mírou empatie a vnímanou sociální podporou. Naopak mezi stresem a empatií byla nalezena negativní korelace (Park et al., 2015). K podobnému výsledku došel i Thomas et al. (2007), který na vzorku 1098 studentů medicíny ukázal, že vnímaný distress negativně koreloval s empatií. Naopak vnímaná dobrá kvalita života (*well being*) korelovala s vyšší úrovní empatie. Autor na základě výzkumu navrhuje, že by snaha snížit stres a zvýšit *well being* měla být jedním z přístupů, jak zlepšit profesionalitu lékařů. Podobné výsledky ukázaly i výzkumy v lékařské praxi. Studie zaměřená na začínající lékaře ukazovala, že skóre empatie bylo signifikantně vyšší u těch respondentů, kteří subjektivně pociťovali lepší *well-being* (Shanafelt et al., 2005).

Tendence zanedbávat pacientovy emoční potřeby může být také projevem **copingových mechanismů** – lékař vědomě volí ty strategie, které minimalizují osobní kontakt s pacientem a neubírají mu tolik vnitřních zdrojů (Ptáček & Bartůněk, 2014; Tate, 2005). Dle Honzáka (1999) nechť mnoha lékařů probírat jiné než biologické souvislosti onemocnění pramení často právě z toho, že dokáží zvládnout pouze to množství intimity,

které je spojeno s tělesným vyšetřením, ale intimitu spojenou s vyšetřením psychickým už by zvládnout nedokázali.

Nejenže tyto copingové strategie mohou ovlivnit lékařův přístup k pacientovi, ale i samotný emocionální stav lékaře je pro pacienta také důležitým sdělením. V jedné studii bylo prokázáno, že psychický stav pacientek po sdělení výsledku mamografie se výrazně lišil v závislosti na tom, zda byl jejich lékař emocionálně rozrušen nebo zda působil klidně. Výzkumu se zúčastnilo 40 žen s rizikem rakoviny prsu, které sledovaly videonahrávku onkologa, který prezentoval výsledky mamografie. V polovině případů byl onkolog emocionálně rozrušen, v druhé polovině působil klidně. Přestože výsledky, které lékaři prezentovali, byly stejné, analýza naznačuje, že ženy, které dostaly informace od rozrušených lékařů si zapamatovaly signifikantně méně informací, vnímaly situaci jako závažnější a uváděly signifikantně vyšší míru úzkosti. Z toho vyplývá, že lékařovo emoční rozpoložení hraje zásadní roli v pacientově reakci na sdělenou informaci (Shapiro, Boggs, Melamed, & Graham-Pole, 1992).

## 2.2 Faktory na straně pacienta

Interpersonální komunikace je vždy záležitostí nejméně dvou lidí. Jak už bylo zmíněno výše, faktory ovlivňující komunikaci nejsou pouze na straně lékaře, ale také na straně pacienta. Stejně jako u lékaře, i u pacienta hraje roli jeho osobnost, předchozí zkušenosti, prostředí, ze kterého pochází, jeho aktuální stav a také jeho reakce na nemoc.

Pacient, který přichází k lékaři má **představy, obavy a očekávání** a je potřeba, aby si lékař udělal představu o pacientově pohledu na nemoc (Tate, 2005).

Silverman, Draper & Kurtz (2005) popisují v několika bodech pacientovu perspektivu:

- **Představy a ideje** (*ideas and beliefs*) – představa nebo myšlenka o tom, co může způsobit nemoc a jaký to má efekt.
- **Obavy** (*concerns*) – co mohou symptomy znamenat.
- **Očekávání** (*expectations*) – jaký bude výsledek, jak může lékař pomoci, očekávání od návštěvy lékaře.
- **Emoce** (*feelings*)
- **Dopad na jeho každodenní život**

Pacienti často pociťují **úzkost a strach** z rozhovoru s lékařem. Z toho důvodu může docházet k nesouvislému sdělení pacienta, rozvlácnosti, rozhovoru o nepodstatných věcech, zamlčení některých podstatných příznaků atd. Hraje zde roli i intelekt pacienta, jeho zkušenost a obeznámenost se zdravotním problémem. Pacienti však v první řadě mluví o tom, co je bolí a co jim překáží v běžném životě, přestože lékař by potřeboval slyšet to, co mu pomůže stanovit diagnózu (Křivohlavý, 2002).

Pacienti často přicházejí k lékaři s velmi **propracovanou představou o tom, co jim je** (Křivohlavý, 2002). Bálint (1999) upozorňuje na to, že představa o nemoci a postoj k ní rozhodujícím způsobem určuje průběh jakékoliv další terapie. Z toho důvodu je pro lékaře velmi důležité tuto představu během rozhovoru zjistit. V souvislosti s tím je poměrně alarmující výsledek jedné studie, která ukázala, že celkem v 50% případů se lékař a pacient neshodli na povaze hlavního důvodu pacientovy návštěvy. Dále výsledky naznačovaly, že pokud se obě strany shodnou na povaze hlavního problému, je to spojeno s lepším výsledkem léčby (jak z pohledu pacienta, tak z pohledu lékaře), a to bez ohledu na závažnost zdravotních obtíží (Starfield et al., 1981).

Odhaduje se, že asi 2/3 pacientů přicházejí k praktickému lékaři s **obavami**, že mají vážnou nemoc – například rakovinu, vážné onemocnění kardiovaskulárního systému nebo jinou chronickou nemoc, kvůli které nebudou moci pokračovat v dosavadním způsobu života. Toto **očekávání** má zásadní vliv na to, jak pacient interpretuje cokoliv, co lékař řekne a jak se na pacienta dívá. Tyto obavy a očekávání často vedou k tomu, že pacient nechápe lékařovo sdělení a nepamatuje si, co mu lékař řekl (Křivohlavý, 2002). Honzák (1999) udává se, že průměrně inteligentní pacient v nijak závažné zdravotní situaci odchází od průměrně dobrého lékaře s tím, že si 1/3 informací nestačil zapamatovat (či zaznamenat), protože byl v situaci stresu a tísně, nebo protože neporozuměl a bylo mu trapné se zeptat. Kromě toho z části, kterou si pacient zapamatoval, může být ještě značná část interpretačně zkreslena (Beran, 2010).

Obě tyto skutečnosti (jak porozumění, tak zkreslení) lze ovlivnit znalostí a používáním některých komunikačních principů (Ptáček & Bartůněk, 2011). Výzkumy ukázaly, že lze do určité míry předejít obavám a strachu, které pacientům ztěžují schopnost soustředit se na to, co by chtěli lékaři říct. V rámci jedné studie si pacienti před vstupem do ordinace (na výzvu zdravotní sestry) napsali na papírek 3 věci, na které chtějí lékaře upozornit, nebo na které by se chtěli zeptat. Tito pacienti pak byli v porovnání s kontrolní skupinou klidnější, tázali se na více věcí, měli větší pocit kontroly a byli s rozhovorem s lékařem spokojenější (Thompson,

Nanni a Schwankowski, 1990). Podobné výsledky přináší i novější výzkum, ve kterém byla jedna skupina pacientů v čekárně vyzvána, aby vyplnila formulář, který jim měl pomoci lépe popsat a hierarchizovat své obtíže, kontrolní skupina zůstala bez intervence. Pacienti z experimentální skupiny poté hodnotili komunikaci s lékařem pozitivněji, měli pocit, že jsou pro lékaře rovnocenným partnerem, bylo pro ně jednodušší verbalizovat své obavy a měli pocit, že lépe rozumějí svému zdraví. Lékaři takové pacienty hodnotili jako lépe komunikující, více organizované a s lepším postojem k vlastnímu zdraví. Výsledky naznačují, že krátká intervence zaměřená na pacienta může přispět k lepšímu průběhu konzultace s lékařem. Vyplňování formuláře by také mohlo mít pozitivní efekt ve smyslu subjektivního zkrácení doby strávené v čekárně (Talen, Muller-Held, Eshleman, & Stephens, 2011). Tímto tématem se také zabývala přehledová studie analyzující 17 výzkumů zaměřených na krátké intervence u somaticky nemocných ambulantních pacientů. Intervence byly většinou provedeny těsně před konzultací s lékařem, byly jednorázové a trvaly 20-40 minut. Studie naznačuje zlepšení komunikace mezi lékařem a pacientem po provedení intervence – pacienti byli v průběhu konzultace aktivnější, více se zapojovali do rozhodování, kladli více otázek a následně byli s komunikací více spokojeni. Limitem však bylo malé množství provedených studií a jejich značná heterogenita – jak v přístupu k intervencím, tak v měření jejich efektu (Alders, Smits, Brand, & van Dulmen, 2017).

Pacient, který vyhledá lékaře netouží pouze po stanovení diagnózy a poskytnutí medicínské terapie, ale hledá také člověka, který mu poskytne radu a útěchu – někoho, kdo ho přijme, vyslechně, pochopí, porozumí a případně i poradí. (Křivohlavý, 2002). Pacient očekává to, čemu se někdy říká **socioemocionální podpora** – očekává ochotu pomoci nejen v somatických, ale i v osobních záležitostech. To se zvyrazňuje u chronicky nemocných pacientů nebo u starších lidí žijících osaměle, pro které často znamená kontakt s lékařem jednu z mála cest ze sociální izolace. Zájem, vyslechnutí, pochopení a podpora jsou v těchto případech terapeutickým prostředkem (Beran, 2010).

Někdy se na straně pacientů setkáváme i s **přehnanými očekáváními**. Možnosti lékařů si laici mnohdy idealizují. Představují si dosažení ideálního výsledku – tedy úplného uzdravení i v případech, kdy to není možné. Za to částečně mohou i média, která často informují o nejnovějších výsledcích moderní medicíny a zkreslují tak reálné možnosti. Pacienti pak nechtějí věřit tomu, když jim lékař řekne, že jejich léčba už nikdy nepovede k úplnému uzdravení a že bude třeba, aby změnili svůj životní styl a brali už napořád nějaké léky.

Idealizace lékaře se projevuje i v méně dramatických situacích. Dle Honzáka (1999) se asi 1/3 pacientů domnívá, že lékař nebo sestra dokáže odhadnout stupeň jejich bolesti. Lékař by měl být klidný, vyrovnaný, vlídný, obětavý, plný elánu, trpělivý a mít pro každého dostatek času. Nemá nárok na únavu a na své soukromí. Předpokládá se, že má všechny čerstvé vědomosti, které dovede aplikovat ve své praxi. Zároveň bude ještě charismatickou osobností. Pokud lékař tomuto popisu neodpovídá, často se dostaví zklamání (Beran, 2010).

Svou roli bezpochyby hraje i **aktuální stav pacienta a jeho nemoc**. Časté problémy v komunikaci se objevují s chronicky nemocnými pacienty. Dle Honzáka (1999) se pacienti s akutním onemocněním spíše přizpůsobí medicínskému modelu a ochotněji přistupují na požadavky léčby než pacienti s onemocněním chronickým, které dlouhodobě zasahuje jejich život. Raudenská a Javůrková (2011) upozorňují, že pro lékaře je uspokojující diagnostikovat a léčit nemoc a na druhé straně frustrující léčit chronicky a infaustně nemocné, které vyléčit nemůže. Kromě toho dlouhodobá nemoc je často spojená s řadou emočních reakcí. Někteří lidé jsou smutní, depresivní, jiní reagují agresí, která bývá často zaměřena na zdravotníky. Stadia vyrovnávání se se závažnou zprávou, která popsala Kübler-Rossová, jsou aplikovatelná nejen pro onkologická onemocnění, ale i pro jiné závažné nemoci.

Pacienti se liší také v tom, zda chtějí o svém zdraví rozhodovat sami, nebo zda raději nechají rozhodnutí na lékaři. Toto rozhodnutí jistě ovlivňuje řada osobnostních charakteristik, ale ukazuje se, že záleží také na typu onemocnění. Výzkum provedený ve Španělsku ukázal, že vyšší věk a vyšší závažnost nemoci souvisí s vyšší tendencí k pasivní roli (Mira, Guilabert, Pérez-Jover, & Lorenzo, 2014).

## 2.3 Kontext lékařské péče

V komunikaci reagují lidé jak na základě **bezprostřední situace**, tak i na základě mnoha dalších proměnných – své **minulosti, předchozích zkušeností, postojů či kulturních návyků**. Komunikace není určována pouze tím, co bylo řečeno, ale také tím, jak si dotyčná osoba sdělení vykládá. Lze to uvést na příkladu filmu, kdy naše reakce na něj nezávisí pouze na slovech a obrazech, které vidíme na plátně, ale také na předchozí zkušenosti, momentálních emocích, znalostech atd. To může mít za následek, že dva lidé, kteří slyší stejné sdělení, si z něj mohou odvodit dva různé významy (DeVito, 2008).

V kontextu zdravotní péče je třeba si uvědomit, že jak lékař, tak i pacient pocházejí z jiného prostředí, mohou mít jiné postoje a že pacient není zvyklý mluvit o svých

zdravotních potížích řečí, na kterou je zvyklý lékař, což někdy od lékaře vyžaduje značnou trpělivost (Křivohlavý, 2002).

DeVito (2008) rozlišuje **4 druhy kontextu**, které se navzájem ovlivňují:

- **Fyzický kontext** – představuje prostředí, ve kterém komunikace probíhá.
- **Kulturní kontext** – zahrnuje hodnoty, chování, životní styl a přesvědčení dané skupiny.
- **Sociálně-psychologický kontext** – souvisí s postavením mluvčích a vztahy mezi nimi, formálností situace a normami sociální skupiny.
- **Časový kontext** – pozice sdělení v posloupnosti událostí.

Nemocnice je sama o sobě specifické prostředí s vlastním způsobem fungování a vlastními pravidly. Je to poměrně stresující prostředí, ve kterém často bývá **nedostatek místa pro klidný rozhovor** – úspora místa, která vznikla odstraněním některých vyšetřoven má za následek, že pacient má často pro rozhovor a pro somatické vyšetření **nedostatek soukromí**, což se může projevit zamlčením některých informací a přeneseně i většími náklady na délku pobytu v nemocnici a pomocná vyšetření. Nedostatek soukromí je stále velkou překážkou k získání potřebných informací, tedy i důvěry a tím i dosažení lepších léčebných výsledků. (Honzák, 1999).

V souvislosti s komunikací mezi lékařem a pacientem je jedním z nejčastěji zmiňovaných témat **nedostatek času**. Lékaři často uvádějí, že kvůli tlaku pojišťoven, které stanovují na dobu návštěvy jednoho pacienta 5-10 minut (někdy i 20 min.), nemohou dostat zásadám dobré komunikace. Trpí tím především rozhovory o prevenci a životním stylu, které jsou proplaceny jen v definovaných případech. Ti, kteří se pacienty snaží dostatečně edukovat, na to často doplácí neustálým nedostatkem času spojeným s psychickým tlakem (Linhartová, 2007).

Lékaři mají často pocit, že nasloucháním pacientovi ztrácejí čas, ale často si nejsou vědomi toho, že když pacientovi nenaslouchají, mohou přijít o důležité informace, které by mohly celý proces diagnostiky zrychlit a časová náročnost by byla ve výsledku menší. Riziko tkví především v tom, že jestliže lékař pod časovým tlakem cítí potřebu přebrat iniciativu a začne pokládat otázky, pacient přijímá pasivní pozici a nesdělí podstatné okolnosti. Mnohdy už pak nemá příležitost se k důležitým tématům vrátit (Ptáček & Bartůněk, 2011). K takovému přerušení dochází poměrně brzy. Jak už jsem zmínila výše, podle výzkumů je průměrná doba mluvení pacienta před přerušením od lékaře v USA 23 vteřin (Marvel et al.,

1999). K zajímavému zjištění došli výzkumníci, kteří sledovali 335 pacientů a 14 lékařů, kteří měli za úkol aktivně naslouchat pacientům, dokud neskončili s výčtem svých obtíží. Zjistili, že průměrná spontánní doba hovoru pacienta je 92 vteřin a že 78% pacientů ukončí, co chtěli říct, do 2 minut. Zajímavé také je, že se výzkum odehrával v interních ambulancích, kde má velká část pacientů za sebou bohatou historii zdravotních obtíží. Lze tedy očekávat, že na jiných pracovištích by tento čas mohl být ještě kratší. Zároveň byli lékaři toho názoru, že pacienti jim během tohoto času řekli skutečně důležité informace (Langewitz et al., 2002).

Studie, kterou provedl Levinson a kol. (2000), se zaměřila na to, zda lékaři v rozhovoru s pacientem dokáží reagovat na nářázky (*clues*), kterými pacienti poskytují informace o nějakém aspektu ze svého života nebo o svých pocitech. Jednalo se o deskriptivní kvalitativní studii, ve které bylo 116 náhodně vybraných návštěv u 52 praktických lékařů a 62 chirurgů v USA. V polovině případů k takové zmínce došlo. Chirurgové na pacientovy nářázky týkající se socioemocionální oblasti zareagovali adekvátně v 38% případů a praktičtí lékaři v 21% případů. Z časového hlediska bylo zajímavé, že návštěvy, během kterých lékaři nezareagovali adekvátně na nářázky svých pacientů (nereagovali vůbec nebo neadekvátně), byly delší než ty, ve kterých zareagovat dokázali (průměrně 20,1 x 17,6 min. u praktických lékařů, 14 x 12,5 min. v chirurgii). Jiné výzkumy naopak naznačují, že lékaři, kteří s pacienty lépe komunikují, s nimi stráví o něco více času – v průměru o 3 minuty (Levinson, 1997). Výzkumy nám tedy zatím nedávají jasnou odpověď na to, zda dobrá komunikace znamená v rámci jedné návštěvy více, či méně času stráveného s pacientem. Nicméně se zdá, ať už bude výsledek jakýkoliv, rozdíl v čase věnovaném jednomu pacientovi nebude nijak výrazný a bude se nejspíše pohybovat v rámci několika minut.

Zdá se, že správná komunikace napomáhá přesnějšímu a rychlejšímu stanovení diagnózy, léčebného plánu i zkrácení doby terapie. Lékaři, kteří s pacienty dokáží efektivně komunikovat, v důsledku mohou strávit s jedním pacientem méně času než lékaři, kteří se snaží omezit čas na jednoho pacienta na minimum právě na úkor komunikace. Ale jsou chvíle, kdy opravdu není dostatek času na všechno, co by pacient potřeboval s lékařem probrat. V takových případech lze pracovat s prioritami a domluvit se s pacientem, čím se zabývat dnes a co nechat na příští setkání (Silverman, Draper & Kurtz, 2005).

Svou roli zde hraje i sociálně psychologický kontext, který už byl částečně zmíněn v předchozích kapitolách. Ten je závislý na roli lékaře a pacienta jak ve společnosti, tak v každém konkrétním případě.



### 3. Témata související s komunikací

Řada studií ukazuje, že individuální kontakt s pacientem je pro proces léčby zcela zásadní. Ptáček a Bartůněk (2011) dokonce uvádějí, že vzhledem k množství výzkumů, které se zabývají komunikací mezi lékařem a pacientem a prokazují její význam, je tato oblast lépe prozkoumaná a prokázaná, než řada běžně používaných farmakologických postupů. Komunikace souvisí nejen s úspěšností léčby, ale také například s její délkou, s náklady na její realizaci atd. (Ptáček a Bartůněk, 2011).

Hall et al. (1988) provedl metaanalýzu 41 studií, podle kterých byla dobrá komunikace spojena se **zvýšením spokojenosti pacientů, lepším zapamatováním informací a s vyšší compliance** (tedy ochotou spolupracovat na léčbě, podrobněji viz níže). Výzkumníci došli k závěru, že množství informací, které lékaři poskytují, je nejsilnějším prediktorem pacientovy spokojenosti, compliance a zapamatování.

Efektivní komunikace je zásadní pro vysokou kvalitu medicíny. V odborné literatuře se popisuje její vliv na stanovení diagnózy, spokojenost pacientů, porozumění informacím a zapamatování, spolupráci pacienta na léčbě, na klinické výsledky, náklady na léčbu a množství medicínsko-právních sporů (Ptáček a Bartůněk, 2011; Silverman, Draper & Kurtz, 2005). Vybraným tématům se budu blíže věnovat v následujícím textu.

#### 3.1 Spolupráce pacienta - Compliance a Adherence

S ohledem na spolupráci pacienta na navržené léčbě se objevují termíny **compliance** a **adherence**, přičemž oba termíny se částečně překrývají (a v řadě výzkumů jsou užívány jako synonyma). **Compliance** bývá nejčastěji překládána jako ochota pacienta spolupracovat na léčbě (Raudenská & Javůrková, 2011). Termín **adherence** znamená pevně se držet toho, co nám bylo řečeno - v tomto kontextu tedy přesně dodržovat příkazy a rady lékaře. Z psychologického hlediska zde hraje roli **schopnost** pacienta dodržet to, co mu bylo doporučeno, a **vůle** chovat se podle přání lékaře (Křivohlavý, 2002). V lékařské praxi jsou pacienti nedodržující lékařská doporučení často označováni jako **non-compliantní**, což bývá ze strany lékařů viděno jako chyba na straně pacientů, kteří úmyslně či neúmyslně nedodržují léčebná doporučení (Raudenská & Javůrková, 2011).

Tate (2005) tvrdí, že pacient, který rozumí a věří vysvětlení, obvykle spolupracuje. Poukazuje na důležitost tohoto tématu a rozděluje pacienty podle toho, jak přistupují k plnění léčebného režimu. Mluví o tzv. pravidle jedné třetiny:

- 1/3 pacientů přijme doporučení lékaře a řídí se jím tak, aby to bylo efektivní.
- 1/3 se doporučeními řídí částečně, tedy neefektivně.
- 1/3 se doporučeními neřídí vůbec.

Tématem spolupráce pacienta na léčbě se zabývala celá řada studií. Metaanalýza zahrnující 106 korelačních studií a 21 experimentů došla k závěru, že mezi komunikací a pacientovou adherencí existuje signifikantní pozitivní korelace a že existuje o 19% vyšší riziko non-adherence mezi pacienty, jejichž lékaři nekomunikují dostatečně efektivně, ve srovnání s pacienty, jejichž lékaři komunikují dobře. Z metaanalýzy dále vyplynulo, že trénink lékařů v komunikaci souvisí se signifikantním zlepšením adherence u pacientů – ukázalo se, že pokud lékař projde tréninkem v komunikaci, jeho pacienti jsou 1,62x více adherentní než ti, kteří navštěvují lékaře, který trénink neabsolvoval. Celkově mají lékaři, kteří komunikují efektivně 2,16x větší šanci na adherentní pacienty (Zolnierek & DiMatteo, 2009).

Jedna studie zkoumala efekt tréninku komunikace v pečovatelských domech věnujících se péči o seniory s demencí. Trénink byl zaměřen na to, naučit zaměstnance snížit jejich používání *elderspeaku* (tedy nevhodné formy komunikace užívané při jednání se seniory, ke které patří například infantilizace). Hypotézou bylo, že vhodnější komunikace ze strany personálu sníží míru odmítání péče u seniorů (tedy zvýší adherenci). Výsledky výzkumu tuto hypotézu potvrdily. Po tréninku komunikačních dovedností se signifikantně snížilo používání *elderspeaku* personálem a s ním i odmítání péče ze strany pacientů. Tato efektivnější forma komunikace je autory prezentována jako vhodný způsob, který může zlepšit spolupráci seniorů trpících demencí a může současně posloužit i ke snížení dávek farmak, která jsou mnohdy k tomuto účelu používána (Williams, Perkhounkova, Herman, & Bossen, 2017).

Klinický význam adherence byl zkoumán ve studii zahrnující 115 290 pacientů, kteří začali brát statiny. Vysoká adherence byla spojena se signifikantním snížením rizika ischemické choroby srdeční celkem o 18% (Perreault et al., 2009). Další studie prokázala, že pacienti s vyšší adherencí při léčbě statiny signifikantně méně navštěvovali pohotovost (Zhao, Zabriski, & Bertram, 2014). Je tedy zřejmé, že adherence hraje v klinické praxi velmi důležitou roli. V jedné

studii se výzkumníci pokoušeli zjistit, co vede pacienty k dodržování (či nedodržování) doporučené farmakologické léčby. Zjistili, že základním faktorem je **důvěra k lékaři** – tedy to, jaký má pacient ke svému lékaři vztah. Zásadní bylo také **zahrnutí pacienta do procesu rozhodování** (konkrétně možnost **diskutovat o léčbě a klást otázky**), **chování se k pacientům jako k sobě rovným** a **adekvátní reakce na jejich obavy** spojené s léčbou či onemocněním. Naopak nedostatek informací ohledně medikace byl důležitou determinantou non-adherence (Stavropoulou, 2011). K podobným závěrům došel výzkum, který zjišťoval příčiny non-compliance u pacientů s glaukomem. Pomocí fokusových skupin a hloubkových interview s pacienty bylo zjištěno, že hlavními důvody non-compliance bylo na straně pacientů zapomínání. Klíčovým faktorem pro pacienty byla komunikace s lékařem – přáli si, aby jim lékař ukázal, **jak přesně užívat léky** (v tomto případě kapky do očí), sdělil jim **možnosti alternativní léčby** a snažil se jim pomoci **nemoc lépe zvládat** v každodenním životě. Pacienti neuváděli vedlejší účinky léků jako důvod pro nedodržování léčby, ale v rozhovorech si na ně stěžovali a uváděli, že je sdělují svému lékaři pouze pokud jsou pro ně nesnesitelné (Taylor, Galbraith, & Mills, 2002). Výše uvedené výsledky se nemusejí zdát nijak překvapivé, jedná se o zdánlivě jasná tvrzení, ale jak podotýkají Ptáček a Bartůňek (2011) v praxi to tak funguje jen málokdy.

### 3.2 Spokojenost

Jak vyplývá z výše uvedeného, pacienti si přejí, aby jejich lékaři byli nejen vzdělaní a kompetentní, ale také potřebují mít pocit porozumění a podpory. Budování takového vztahu nabízí potenciální výhodu toho, že bude mít lékař spokojenější pacienty a zároveň bude spokojenější se svou prací (Silverman, Draper & Kurtz, 2005).

Ve výzkumech spokojenosti pacientů je nejčastěji zmiňovaným faktorem právě komunikace lékaře (Branson, Badger, & Dobbs, 2003). Little et al. (2001) provedl studii v primární péči, která ukázala, že to, jak lékař zacházel s obavami pacientů silně korelovalo s jejich spokojeností. Další výzkumy se zabývaly tím, jaké faktory ovlivňují spokojenost pacientů s konzultací a zda může být spokojenost zvýšena tréninkem komunikačních dovedností lékařů. V randomizované studii, v níž byli lékaři rozděleni do dvou skupin (jedna absolvovala trénink komunikačních dovedností, druhá skupina tréninkem neprošla) bylo zjištěno, že spokojenost pacientů byla vyšší, když se jich lékař ptal, **zda mají nějaké další otázky**, ujistil se, že pacient všemu **porozuměl** a měl **snahu nenechat žádné otázky nezodpovězené**. Dalším významným faktorem signifikantně spojeným se spokojeností

pacientů byla **délka čekání** na kontakt s lékařem. Trénink v komunikačních dovednostech měl pozitivní, ale nesignifikantní efekt na spokojenost pacientů. Je tedy otázkou, jestli potenciální pozitivní efekt komunikace nemůže být narušen praktickými problémy - například dlouhým čekáním, který míru spokojenosti ovlivňuje negativně. Studie měřila i spokojenost lékařů s konzultací s pacientem, která byla při druhém měření (tedy po absolvování tréninku) paradoxně nižší a to jak v kontrolní, tak v experimentální skupině (Shilling, Jenkins, & Fallowfield, 2003).

Haskard et al. (2008) v randomizovaném experimentu zjišťoval, zda se po tréninku komunikačních dovedností zvýší spokojenost pacientů. Probandi (lékaři i pacienti) byli rozděleni do 4 skupin – v jedné skupině podstoupili trénink komunikačních dovedností pouze lékaři, ve druhé pouze pacienti, ve třetí skupině lékaři i pacienti a ve čtvrté skupině nikdo. Výzkum ukázal, že pacienti lékařů, kteří trénink podstoupili, byli dlouhodobě (po 1 a po 6ti měsících) více spokojeni s informacemi podávanými lékařem, s celkovou péčí a byli ochotnější lékaře doporučit. Lékaři, kteří prošli tréninkem také byli citlivější v komunikaci (měřeno pomocí analýzy audionahrávek). Zajímavé bylo, že pokud trénink komunikace absolvoval pouze lékař nebo pacient, úroveň stresu měřená u lékařů byla vyšší. Trénink pacientů měl efekt pouze na lékařovu větší spokojenost se získáváním informací. Boissy et al. (2016) došel ve své studii k podobným výsledkům - tedy spokojenost pacientů s konzultací se po tréninku komunikačních dovedností lékařů zvýšila. Rozdílné však byly výsledky týkající se lékařů, kteří po tréninku vykazovali méně známek syndromu vyhoření, a to bez ohledu na obor.

Také bylo zjištěno, že nejen verbální, ale také neverbální komunikace - oční kontakt, držení těla, přikyvování, odstup, tón hlasu a výraz tváře pozitivně koreluje s pacientovou spokojeností, a to v různých klinických situacích (Griffith, Wilson, Langer, & Haist, 2003).

### **3.3 Zdravotní a psychický stav**

Otázka, do jaké míry ovlivňuje komunikace mezi lékařem a pacientem účinek léčby (tedy zdravotní a psychický stav pacienta), je velmi zajímavá. Odhalení takového vlivu však není jednoduché, především proto, že zde hraje roli celá řada dalších faktorů, které se na stavu pacienta podílejí. Přesto se někteří autoři na tuto problematiku zaměřili.

Některé výzkumy, věnující se účinkům léčby v souvislosti s komunikací byly zmíněny v předchozích kapitolách - jednalo se především o výzkumy zaměřené na empatii (Hojat et al., 2011; Del Canale et al., 2012), proto se jim v této kapitole již nevěnuji.

Ve studii čítající 39 praktických lékařů a 315 pacientů bylo zjištěno, že komunikace zaměřená na pacienta souvisela s jeho rychlejším zotavením, lepším emocionálním stavem, menším množstvím diagnostických testů a následných kontrol (Stewart et al 2000). Další studie ukazuje, že lékaři, kteří absolvovali trénink komunikačních dovedností, dokázali u svých pacientů rozpoznat více psychosociálních problémů a ve srovnání s netrénovanými lékaři dokázali použít více strategií ke zvládnutí emocionálních problémů svých pacientů. Jejich pacienti pak také vykazovali nižší úroveň emočního stresu (Roter, 1995).

Další výzkum se věnoval zahrnutí pacientů do procesu rozhodování o léčbě. Jednalo se o studii žen s nádorem prsu v časném stádiu, které byly léčeny třemi skupinami chirurgů – jedna skupina chirurgů preferovala mastektomii (tedy odebrání celého prsu), druhá chirurgický zákrok se zachováním prsu a třetí dávala pacientkám možnost si způsob léčby vybrat. Všechny ženy měly v následujících měsících zvýšené hodnoty úzkosti a deprese. Mezi ženami z prvních dvou skupin nebyl nalezen žádný rozdíl. Ženy ze třetí skupiny, které měly možnost volby (a to i pacientky, které z klinického hlediska prakticky na výběr neměly) vykazovaly signifikantně nižší úroveň deprese a úzkosti v porovnání s prvními dvěma skupinami (Fallowfield, Hall, Maguire, & Baum, 1990).

Další studie, zaměřená na pacienty po náhradě kloubu ukazuje, že lepší komunikace na straně lékařů souvisela se zkrácením doby hospitalizace, zvýšením vnímané kvality péče očima pacientů, zmírněním pooperační bolesti a zlepšením pooperační mobility (Gittell et al., 2000).

### **3.4 Náklady na léčbu**

Když přihlídneme k tlaku pojišťoven na snižování nákladů na lékařskou péči, je třeba si uvědomit, že non-compliance je mimo jiné také extrémně drahá. Finanční zdroje vynakládané na léky, které nejsou užívány (nebo jsou užívány špatně) se například v Kanadě dle odhadů vyšplhaly až na 5 bilionů dolarů za rok. Samozřejmě se nejedná pouze o užívání léků, ale také o další návštěvy lékařů, laboratorní vyšetření, návštěvy pohotovosti, pobyt v nemocnici atd. (Coombs et al., 1995 podle Kurtz, Draper, & Silverman, 2005, s.16).

Vzhledem k významné roli efektivní komunikace ve zdravotnictví se některé studie začaly zabývat její souvislostí s náklady na léčbu. Ve studii provedené na oddělení intenzivní péče bylo zjištěno, že v případě přítomnosti lékaře a sester speciálně zaměřených na zlepšení komunikace s pacienty a s jejich rodinou, došlo ke zkrácení délky hospitalizace až o několik dní (konkrétně 6 versus 9,1 dní na oddělení intenzivní péče a 11,3 versus 16,4 dní celkové délky hospitalizace), což samozřejmě vedlo také ke značnému snížení nákladů na léčbu (Ahrens, Yancey & Kollef, 2003). V této souvislosti je také zajímavý výzkum, který se zabýval komunikací mezi zdravotníky. Studie probíhala na odděleních ortopedie v několika nemocnicích v USA. Bylo zjištěno, že v nemocnicích, které kladly větší důraz na interpersonální komunikační dovednosti zdravotníků a koordinaci mezi jednotlivými odděleními, se výrazně zlepšil proces léčby pacientů a došlo ke snížení délky hospitalizace až o 31 %. Tyto výsledky podporují hypotézu, že pro poskytování kvalitní péče je potřebná častá a efektivní komunikace mezi zdravotníky (Gittell et al., 2000).

### 3.5 Medicínsko právní spory

Vzhledem k tomu, že spokojenost pacientů souvisí se způsobem, jakým s nimi lékař komunikuje, se začaly objevovat také studie zaměřené na souvislost mezi komunikací a žalobami týkajícími se zanedbání povinné péče. V jednom výzkumu byli lékaři rozděleni na 2 skupiny – v jedné skupině byli lékaři, na které byly podány 2 nebo více žalob, ve druhé ti, na které bylo podáno méně nebo žádná žaloba. Ukázalo se, že mezi těmito skupinami existuje signifikantní rozdíl v tom, jak komunikují s pacienty. Ti lékaři, na které bylo podáno méně žalob, se snažili během setkání s pacientem **popisovat, co se bude dít**, užívali **humor**, více se **ptali na pacientovy názory a ujišťovali se, zda jim rozumí**. Také s pacienty trávili **více času** (18,3 versus 15 minut). Tyto rozdíly byly signifikantní pouze u praktických lékařů. U chirurgů byla nalezena podobná tendence, ale rozdíly nebyly statisticky signifikantní (Levinson, 1997). V podobném výzkumu, který byl zaměřen na gynekology a jejich pacientky, bylo zjištěno, že pacientky gynekologů, kteří absolvovali více soudních sporů, si na své lékaře stěžovaly dvakrát více než pacientky lékařů, kteří se soudním procesem zkušenost neměli. Nejčastějšími stížnostmi byly **spěch, ignorace a nedostatek adekvátního vysvětlení** (Hickson et al., 1994).

Podobným tématem se zabývala retrospektivní analýza, která v průběhu několika let zjišťovala, jaká je povaha stížností pacientů. Téměř 1/3 (29%) stížností souvisela

s komunikací – patřil sem **nedostatek zájmu, nezdvořilost a hrubost, selhání komunikace a neadekvátní informace** (Taylor, Wolfe a Cameron, 2004).

Autoři dalšího výzkumu se rozhodli prověřit, zda skóre v testu komunikačních dovedností dokáže predikovat budoucí stížnosti na lékaře. Jednalo se o longitudinální studii provedenou v Kanadě a zaměřenou na lékaře, kteří prošli mezi lety 1993-1996 testem základních klinických dovedností, který se skládal ze **získávání informací, komunikace s pacientem a řešení problémů**, to vše formou simulovaných situací. Lékaři pak byli sledováni až do roku 2005. Z celkového počtu 3424 lékařů 21% obdrželo alespoň jednu stížnost. Studie ukázala, že nízké skóre ve zkoušce komunikačních dovedností bylo spojeno se signifikantně vyšším množstvím stížností. Toto spojení platilo pouze pro skóre v komunikačních dovednostech, souvislost mezi počtem stížností se skórem v dalších částech testu (tedy získáváním informací a řešením problémů) se nepotvrdila (Tamblyn et al., 2007).

Zdá se tedy, že potíže v komunikaci mohou být významným zdrojem stížností a žalob na zanedbání péče. Na tento fakt dokonce zareagovaly některé pojišťovny v USA, které dávají slevy z ročního pojištění 3-10% lékařům, kteří se účastní pravidelných školení komunikačních dovedností (Carroll, 1996 podle Ptáček a Bartůněk, 2011, s.40).

#### 4. Výuka komunikace a její efekt.

S ohledem na výše uvedené poznatky není pochyb o důležité roli komunikace v lékařské péči. Ptáček a Bartůněk (2011) to shrnují tak, že z dnešního pohledu komunikační dovednosti již nejsou jakousi nadstavbou, ale tvoří základní předpoklad pro výkon lékařského povolání.

Dříve panovalo přesvědčení, že umění hovořit s pacientem je něčím vrozeným, co člověk buď má, nebo nemá (Křivohlavý, 1995). V dnešní době převládá pohled na komunikaci nikoliv jako na osobnostní charakteristiku, ale jako na soubor dovedností, které je možné se učit. Schopnost komunikovat však neznamená pouze „být milý“, ale znamená to osvojit si umění v roli zdravotníka správně hovořit s pacientem (Ptáček & Bartůněk, 2011).

Ukazuje se, že kvalita komunikace u lékařů a zdravotníků nesouvisí ani s odborností, ani s délkou praxe. Lékaři mají tendenci využívat stále ty samé způsoby komunikace, které pak aplikují na všechny situace (Silverman, Draper, & Kurtz, 2005; Tate, 2005).

Výuka komunikace lékařů je v posledních letech velmi aktuálním tématem, nejedná se však o něco zcela nového. Už ve středověku a novověku bylo na Univerzitě Karlově zvykem, že každý student nejdříve absolvoval základy humanitních věd (do kterých patřila i rétorika) a teprve poté se zájemce věnoval lékařství. S nárůstem vědeckého poznání a specializace přírodních věd byl prostor pro výuku humanitních věd omezen. Od poloviny 19. století byla filozofie ve výukových programech minimalizována, což byl proces, který bylo možné pozorovat celosvětově. Po roce 1945 došlo nejprve k tzv. dehumanizaci medicíny a následně k návratu výuky filosofie a lékařské etiky do vzdělávání lékařů (Haškovcová, 2015).

Důkazy o tom, že trénink komunikačních dovedností může vést k signifikantnímu zlepšení komunikace lékaře s pacientem, máme k dispozici už řadu let. Aspergren (1999) v přehledové studii analyzovala 180 výzkumů zaměřených na komunikační dovednosti v medicíně. Výsledky potvrdily předpoklad, že komunikační dovednosti mohou být naučeny. Z analýzy vyplývá, že po tréninku komunikace se zlepšila schopnost studentů, lékařů i dalších zdravotníků vést rozhovor a získat od pacienta informace. Ti probandi (medici či lékaři), kteří před tréninkem komunikovali hůře, profitovali z tréninku nejvíce. Dále analýza naznačuje, že pokud se jedná pouze o krátký trénink (jednodenní nebo kratší) není výuka natolik efektivní a komunikační dovednosti jsou zapomenuty, pokud nejsou udržovány. Také poukazuje na to, že trénink během klinické fáze studia je pravděpodobně přínosnější než preklinicky. Metaanalýza zahrnovala i výzkumy zabývající se dlouhodobým vlivem tréninku



komunikačních dovedností, ale studií na toto téma bylo pouze malé množství a výsledky se rozcházely. Některé novější studie však naznačují, že trénink komunikačních dovedností má dlouhodobý efekt (Haskard et al., 2008). Například výzkum zaměřený na onkology prokázal trvání efektu komunikačního tréninku po 3 a po 12ti měsících – lékaři používali více otevřených a méně návodných otázek, dokázali lépe reagovat na sdělení svých pacientů, méně je přerušovali a dokázali lépe shrnout informace (Fallowfield, Jenkins, Farewell, & Solis-Trapala, 2003).

Když se zaměříme na pregraduální přípravu lékařů, některé výzkumy ukazují, že schopnost komunikace u studentů medicíny se během jejich přípravy na lékařské povolání dokonce zhoršuje. V jedné studii bylo zjištěno, že u studentů vyšších ročníků medicíny byla kvalita komunikace s matkami nemocných dětí snížena touhou po získání objektivních informací. Pro studii byli náhodně vybráni studenti prvního a posledního ročníku medicíny, kteří byli nahráváni při simulovaném rozhovoru s matkami dětí s vážnou organickou poruchou, se kterou byly spojeny také psychosociální problémy. Všichni studenti obdrželi o dítěti stejné informace. Výsledky ukázaly, že studenti prvního ročníku získali signifikantně více interpersonálních informací – tedy jaký vliv má nemoc na dítě a jeho rodinu a pokládali méně návodných otázek, studenti posledního ročníku obdrželi více faktů (Helfer, 1970).

Není pochyb o tom, že výuka komunikace by měla být do vzdělávání lékařů zahrnuta. Pro ilustraci uvádím přehled předmětů se zaměřením na komunikaci (nebo alespoň s komunikací spojených), které jsou vyučovány v rámci magisterského studijního programu všeobecného lékařství. Čerpala jsem z aktuálních studijních plánů, které jsou uvedeny na oficiálních webových stránkách jednotlivých lékařských fakult v České republice. Předměty jsou rozděleny podle jednotlivých fakult a u každé je uvedeno, zda se jedná o povinný, povinně volitelný (PVP) nebo volitelný/výběrový.

**Tabulka č.2: Přehled předmětů zaměřených na komunikaci**

Fakulta	Název předmětu	Typ předmětu	Ročník/Semestr	Atestace
1. LF UK	Lékařská psychologie a psychoterapie 1,2	povinný	3., ZS, LS	Z (zápočet)
	Lékařská psychologie a psychoterapie 3	povinný	4.ZS	Z
	Etika a komunikace v intenzivní péči	PVP	2. LS	Z
	Poruchy komunikace	PVP	2.-5. ZS	Z
2. LF UK	Lékařská etika a psychologie	Povinný	4.	Zk (Zkouška)
	Komunikační dovednosti	PVP	2. LS	Z

	Profesionální komunikace	PVP	2. LS	Z
3. LF UK	Komunikační dovednosti v praxi lékaře	volitelný	1/3. ZS, LS	Z
	Komunikace a humor ve zdravotnictví	volitelný	3. LS	Z
	Lékařská psychologie	povinný	4.	Zk
	Komunikace závažných zpráv	volitelný	5. LS	Z
LF UK HK	Lékařská psychologie a komunikace s nemocným	povinný	2. ZS	Z,Zk
	Psychoterapie	volitelný	4. LS	Z
LF Plzeň	Lékařská psychologie a etika	povinný	3. ZS	Z,Zk
	Komunikace mezi lékařem a pacientem	volitelný	neuvedeno	Zk
LF Ostrava	Lékařská psychologie	povinný	3. LS	Zk
	Neverbální komunikace	výběrový	3. LS	Z
	Psychologické aspekty v péči o pacienta	výběrový	4.	Z
LF Brno	Lékařská psychologie a psychosomatika	povinný	4. ZS	Zk
	Sebezkušenostní a rozvojová skupina	volitelný	5. LS	Z
LF Olomouc	Lékařská psychologie 1,2	povinný	2. ZS, LS	Z, Zk
	Komunikace s pacientem v praxi	povinný	4. LS	Z
	Sdělování nepříznivých zpráv v onkologii	PVP	4. ZS/LS	Kolokvium
	Psychologické aspekty v péči o pacienta	volitelný	4. ZS/LS	Z
	Komunikace s osobami se sluchovým postižením	volitelný	5. ZS	Z

(Zdroj: Autor)

Z tabulky je zřejmé, že většina předmětů je jednosemestrálních, zakončených zápočtem nebo kolokviem. Pozitivum vidím v tom, že všechny lékařské fakulty již do svého výukového programu výuku komunikace zařadily. Můžeme si také všimnout, že každá fakulta přistupuje k výuce komunikace jiným způsobem – někde má větší prostor, někde menší. Z přehledu však nelze zjistit, jak přesně výuka komunikace probíhá – zda je spíše teoreticky zaměřená nebo zda jsou její součástí také praktické nácviky.

V některých státech (např. USA, Kanada, Velká Británie nebo Švýcarsko) má dlouholetou tradici využití takzvaných **standardizovaných pacientů**, a to jak v pregraduálním, tak v postgraduálním vzdělávání. Pacienty hrají herci nebo studenti herectví podle předem připravených skript, studenti pak dostávají zpětnou vazbu (někdy doprovázenou i rozborem videonahrávek). Tato metoda byla poprvé použita v 60. letech v USA v neurologii, později při nácviku sdělování špatných zpráv a edukačních rozhovorů. V posledních 10ti letech tento způsob integrovala do své výuky většina lékařských fakult

v Kanadě a Americe, také v Německu má polovina lékařských fakult začleněno 50 hodin výuky komunikace se standardizovaným pacientem v součinnosti se somatickým vyšetřením. Použití standardizovaných pacientů má řadu výhod. Mezi ně patří možnost využití v různých částech studia a při zkouškách. Herci jsou také schopni ztvárnit různé sociální role a typy osobnosti, je tedy možné si vyzkoušet různé typy rozhovorů, ve kterých mohou studenti chybovat bez rizika poškození reálného pacienta. Další výhodou je možnost zpětné vazby nejen od kolegů ale i od „pacienta“. Mezi nevýhody patří, že medik nebo lékař může situaci vnímat jako zkoušku, což je v kombinaci s pozorováním ostatními kolegy a nahráváním pro některé významnou psychickou zátěží (Raudenská & Javůrková, 2011).

Co se týče výzkumu efektu tréninku komunikačních dovedností, na české populaci se mi podařilo dohledat pouze jeden výzkum, který probíhal v rámci disertační práce a byl realizován na 2. LF UK v letech 2010 - 2015. Jeho cílem bylo zjistit efekt komunikační přípravy v rámci pregraduální výuky komunikace lékařů na rozvoj vybraných komunikačních dovedností – aktivního naslouchání a předávání informací. Výuka probíhala v rámci volitelného předmětu a byla použita metoda role-play a videotréninku se zpětnou vazbou. Dle výsledků výzkumu došlo po proběhnutí tréninku ke statisticky signifikantnímu nárůstu komunikačních dovedností – byl nalezen významný rozdíl mezi úrovní **aktivního naslouchání a předávání informací (zlepšila se schopnost stručnosti, výstižnosti, srozumitelnosti, přehlednosti, volby odborných výrazů a práce s hlasem)**. Studenti si také na konci semestru byli více vědomi role neverbální komunikace při jednání s pacientem (Tomová, 2016).

V komunikačních dovednostech se tedy můžeme pomocí nácviku zlepšovat, ale je také potřeba si uvědomit, že to není zdaleka jediný způsob učení. Nesmíme zapomínat na význam vzorů a na učení nápodobou. Chování nadřízeného - primáře, docenta, profesora má v praxi při usměrňování chování pravděpodobně největší váhu (Křivohlavý, 2002). Výzkum, který proběhl v Kanadě se snažil zjistit, zda studenti medicíny vidí ve svých učitelích dobré vzory ve vztahu k pacientovi. Výsledky ukázaly, že 25% studentů 2. ročníku a 40% studentů 4. ročníku odpovědělo, že pro ně lékaři nepředstavují dobré vzory v interakci s pacientem - v jejich očích postrádali soucit a péči (Maheux et al., 2000). To nám připomíná, že učení se od starších lékařů s sebou nese velký potenciál, ale také riziko udržování komunikačních chyb v medicíně.

## **II. Empirická část**

## 5. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem empirické části práce bylo zmapovat názory, postoje a zkušenosti lékařů ve vztahu ke komunikaci mezi lékařem a pacientem. V teoretické části je uvedena řada výzkumů, z nichž naprostá většina byla zaměřena na pacienty, popřípadě se pokoušela objektivně zhodnotit komunikaci mezi lékařem a pacientem. Jak již bylo uvedeno výše, je to jedním z důvodů, proč jsem se rozhodla svůj výzkum cílit právě na lékaře.

Před výzkumem samotným jsem si položila následující základní výzkumné otázky:

- Považují lékaři komunikaci s pacientem za důležitou součást své práce?
- Jak si lékaři představují dobrou komunikaci?
- Jak lékaři vnímají přípravu na komunikaci s pacientem v rámci pregraduální výuky?
- Jaké překážky v komunikaci s pacientem vnímají lékaři?
- Je dle lékaře možné formou komunikace ovlivnit proces léčby?

## 6. Výběr a popis výzkumného souboru

Výběr výzkumného vzorku proběhl na základě dvou strategií nenáhodného výběru: metody příležitostného výběru a metody sněhové koule. Potenciální probandi byli kontaktováni osobně nebo prostřednictvím telefonního hovoru. Metoda sněhové koule (snow-ball technika) byla pro tuto studii vybrána jako vhodná, jelikož se používá u výběru z málopočetných či speciálních a těžko přístupných skupin, ze kterých se těžko získávají probandi (Ferjenčík, 2000).

Kritériem pro výběr respondentů bylo vykonávání lékařského povolání v České republice (ČR). Vzhledem k charakteru výzkumu byly vedeny rozhovory s lékaři různých specializací a to jak s lékaři s minimální praxí, tak s lékaři s praxí velmi dlouhou. Důvodem byla především snaha získat co nejrozmanitější vzorek a s ním spojené různé pohledy lékařů s různými zkušenostmi. Vzhledem k současným trendům v přístupu k pacientům jsme očekávali v posledních letech větší důraz na výuku komunikace na školách, která by tak zasáhla spíše mladší lékaře.

Osloveno bylo celkem 24 lékařů z několika nemocnic v ČR, z nichž 9 účast na výzkumu odmítlo z důvodu pracovní a časové vytíženosti. Vzorek tedy zahrnoval celkem 15 respondentů, naprostou většinu z nich tvořili zaměstnanci jedné okresní nemocnice (výjimkou byl pouze 1 respondent, který se věnuje praktickému lékařství).

Z hlediska charakteristiky výzkumného vzorku **podle pohlaví** se z celkového počtu 15ti respondentů jednalo o 10 mužů a 5 žen, ve vzorku tedy byla pohlaví zastoupena nerovnoměrně s převahou mužů.

Vzhledem k charakteru studie byli osloveni lékaři **různých specializací**. Ve výzkumném vzorku byli lékaři věnující se praktickému lékařství, internímu lékařství, chirurgii, anesteziologii, očnímu lékařství, neurologii, pediatrii a paliativní medicíně. Zastoupení lékařů z jednotlivých oborů je pro přehled uvedeno v tabulce č.3.

**Tabulka č.3: Rozložení výzkumného vzorku podle specializace <sup>1</sup>**

<b>Specializace</b>	<b>Počet lékařů</b>
Interní lékařství	5
Anesteziologie	3
Chirurgie	3
Paliativní medicína a léčba bolesti	2
Neurologie	1
Pediatric	1
Praktické lékařství	1
Oční lékařství	1

Základní údaje o respondentech jsou shrnuty v tabulce č.4.

**Tabulka č. 4: Přehled respondentů a základní údaje o nich <sup>2</sup>**

<b>Označení lékaře</b>	<b>Specializace/zařazení do oboru</b>	<b>Délka praxe</b>	<b>Typ nemocnice/velikost města</b>	<b>Datum rozhovoru</b>
Lékař 1	Chirurgie	3	Okresní nemocnice	26.11.2018
Lékař 2	Praktické lékařství	13	do 30 000 obyvatel	27.11.2018
Lékařka 3	Anesteziologie	14	Okresní nemocnice	27.11.2018
Lékařka 4	Anesteziologie Paliativní medicína a	27	Okresní nemocnice	28.11.2018

<sup>1</sup> Lékaři, kteří měli více než jednu specializaci, byli započítáni do každé specializace zvlášť, z toho důvodu je součet lékařů v tabulce větší než 15.

<sup>2</sup> Z důvodů zachování anonymity není uvedeno přesné místo výkonu praxe ani věk respondentů. Ve sloupci *Jméno* je fiktivní označení lékaře použité k jeho identifikaci v dalším textu.

	léčba bolesti			
Lékař 5	Interní medicína	1	Okresní nemocnice	28.11.2018
Lékařka 6	Pediatric	1	Okresní nemocnice	29.11.2018
Lékař 7	Interní medicína	2	Okresní nemocnice	2.12.2018
Lékař 8	Interní medicína	1	Okresní nemocnice	5.12.2018
Lékař 9	Chirurgie Paliativní medicína a léčba bolesti	18	Okresní nemocnice	6.12.2018
Lékařka 10	Interní lékařství	20	Okresní nemocnice	6.12.2018
Lékař 11	Chirurgie	17	Okresní nemocnice	14.12.2018
Lékařka 12	Oční lékařství	1	Okresní nemocnice	1.12.2018
Lékař 13	Interní lékařství	2	Okresní nemocnice	15.12.2018
Lékař 14	Neurologie	3	Okresní nemocnice	16.12.2018
Lékař 15	Anesteziologie	3	Okresní nemocnice	16.12.2018

## 7. Použité metody

Pro zpracování tématu jsme zvolili kvalitativní přístup především proto, že jsme chtěli zachytit zkušenosti a názory lékařů s komunikací co nejvíce do hloubky. Také jsme nechtěli omezovat možnost vyjádření názorů lékařů předem jasně stanovenými otázkami. Hlavní použitou metodou byl **polostrukturovaný rozhovor**.

Polostrukturovaný rozhovor je jednou z nejrozšířenějších metod rozhovoru, především proto, že v sobě spojuje výhody nestrukturovaného i plně řízeného interview. Předem je třeba specifikovat okruhy otázek, na které se budeme ptát, je však možné dle potřeby a možností zaměňovat pořadí, zároveň dává možnost klást doplňující otázky a ujasnit si, zda jsme respondentovo sdělení pochopili jasně (Miovský, 2006).

## 8. Sběr dat

Kvalitativní studie pohledu lékařů na komunikaci s pacienty probíhala v terénu v průběhu listopadu a prosince 2018 za použití metody polostrukturovaného rozhovoru.

Pro účely rozhovoru byly předem připravené okruhy otázek, které sloužily k poskytnutí rámce, ve kterém se mohli respondenti vyjadřovat svým vlastním způsobem. Na začátku

jsme vymysleli několik základních otázek, pomocí kterých jsem se ptala respondentů na jejich zkušenosti, názory a postoje. V průběhu rozhovorů byl tento seznam doplňován dalšími dotazy dle situace a možností jednotlivých respondentů.

Při rozhovoru byl použit trychtýřovitý způsob kladení otázek, kdy se začíná otázkami všeobecnými a postupně se přechází k otázkám více specifickým (Ferjenčík, 2000). Rozhovory tedy začínaly otázkami obecnějšího rázu a až postupně jsme se dostávali k tématu komunikace. Během rozhovoru bylo využíváno behaviorální strategie kladení otázek, protože nás zajímaly především výpovědi respondentů zakotvené v jejich vlastních zkušenostech.

Rozhovory probíhaly po vzájemné dohodě na domluveném místě, doba trvání jednoho rozhovoru se pohybovala vždy kolem jedné hodiny. Samotnému rozhovoru předcházelo krátké představení, vysvětlení podstaty výzkumné studie a získání souhlasu se záznamem hovoru. V úvodu byl účastníkům zamlčen přesný cíl šetření a bylo jim sděleno, že se jedná o výzkum na téma „poskytování lékařské péče“ z pohledu lékařů. Záměrem bylo zjistit, zda lékaři spontánně zmíní komunikaci jako něco důležitého v jejich praxi. Všem respondentům byl na konci rozhovoru sdělen pravý účel studie i důvody, které vedly k jeho zamlčení v úvodu rozhovoru.

Rozhovory jsem začínala neformálně, což mělo sloužit k navození uvolněnější atmosféry a tím napomoci respondentům k otevřenějším odpovědím. Abychom předešli rušivým faktorům a ovlivnění odpovědí, rozhovory probíhaly individuálně bez přítomnosti dalších osob. Většina rozhovorů se odehrála v pracovnách respondentů během jednoho setkání. Průběh rozhovoru byl zaznamenán na diktafon. Respondenti byli v úvodu rozhovoru obeznámeni s tím, že záznam slouží pouze pro účely výzkumného šetření - k pozdějšímu přepisu a zpracování dat a po přepsání bude smazán. Byli také ujištěni, že nebudou přepisována žádná jména ani instituce, které během rozhovoru zmíní. Všichni respondenti souhlasili s pořízením nahrávky. Zároveň byli ujištěni, že mohou svou účast na výzkumu v jakékoliv fázi ukončit a data pak budou smazána okamžitě.

Vzhledem k tomu, že v rozhovorech respondenti mluvili velmi otevřeně nejen o sobě, svých prožitcích a svých pochybeních, ale také hovořili o řadě svých kolegů a pacientů, bylo významnou **etickou otázkou** zachování jejich **anonymity** (a s tím spojené anonymity osob, které v rozhovorech zmínili). Hlavní obavou ze strany respondentů bylo možné zneužití dat, a to jak ze strany kolegů a nadřízených (což by mohlo mít negativní vliv na jejich profesní



dráhu), tak ze strany veřejnosti. Po skončení rozhovoru byli respondenti dotázáni, zda může být kompletní přepis rozhovoru použit jako příloha k diplomové práci. Více než polovina dotazovaných s tímto návrhem nesouhlasila - vedla je k tomu především obava ze ztráty anonymity. Lékaři se obávali, že při zveřejnění celého rozhovoru by bylo možné je na základě jejich výpovědí a dalších poskytnutých údajů identifikovat. Významnou roli zde hrál především fakt, že se jednalo o lékaře okresní nemocnice, ve které se mezi sebou téměř všichni znali. Většina lékařů souhlasila se zveřejněním částí rozhovorů v diplomové práci, pouze dva lékaři si nepřáli, aby některá jejich sdělení byla v diplomové práci zveřejněna. Těmto respondentům jsem navrhla, že pokud bych tato sdělení chtěla zahrnout do své diplomové práce, nejdříve jim bych jim zaslala přesné znění, v jakém bych citaci z rozhovoru použila a zahrnula bych ji do diplomové práce pouze na základě jejich výslovného schválení. S tímto návrhem již souhlasili všichni respondenti.

V diplomové práci jsou tedy použity pouze útržky rozhovorů s lékaři pro ilustraci jednotlivých témat, celé rozhovory jsem se v rámci zajištění anonymity respondentů rozhodla nezveřejnit.<sup>3</sup> Ze stejného důvodu také neuvádím ani název nemocnice, ani věk jednotlivých lékařů.

## **9. Zpracování a analýza dat**

### **9.1 Příprava dat**

Po provedení rozhovorů následovala jejich průběžná transkripce s redukcí prvního řádu- text byl očištěn od výrazů, které nenesly žádnou informaci a spíše narušovaly plynulost sdělení. Tento způsob úpravy se mi zdál vhodný vzhledem k účelu výzkumu, pro který byl klíčový především obsah sdělení. Zároveň je takto upravený text vhodnější pro další analytickou práci (Miovský, 2006). Dále byla provedena úprava rozhovorů tak, aby byla zachována anonymita (nebyla přepisována jména osob ani institucí, které respondenti během rozhovoru uvedli).

### **9.2 Analýza dat**

Při samotné analýze dat jsem použila techniku barvení textu, která pomáhá zpřehlednit datový soubor. Jedná se o postup využívaný především při práci s papírovou verzí textu (Miovský, 2010). Barevně jsem odlišila jednotlivé části výpovědí, které se týkaly jednotlivých témat, aby byla další orientace v textu jednodušší.

---

<sup>3</sup> V případě potřeby jsou přepisy rozhovorů k dispozici u autorky práce.

V dalším kroku jsem podrobila text obsahové analýze a pomocí otevřeného kódování bylo vytvořeno několik kategorií a subkategorií. Po důkladném zvážení nebyl použit žádný z programů, které jsou někdy pro kvalitativní analýzu dat využívány. Přestože tyto programy mohou být výhodné a šetřit výzkumníkovi čas, mají také řadu úskalí – je nutné od začátku do konce program při provádění analýzy instruovat, jazyk výzkumníka také může být odlišný od jazyka softwaru (Miovský, 2006). Vzhledem k nízkému počtu účastníků bylo možné provádět kódování manuálně jen za použití programů Microsoft Office.

## 10. Výsledky

Výsledky jsou uspořádány podle hlavních výzkumných otázek do několika kategorií a subkategorií.

### 10.1 Charakteristiky dobrého lékaře

V úvodu rozhovoru byli respondenti požádáni, aby si zkusili vzpomenout na dobrého lékaře, se kterým měli zkušenost, když byli oni sami v roli pacienta, poté v roli studenta a nakonec v roli lékaře. Přestože toto téma na první pohled nesouvisí s výzkumnými otázkami, naším cílem bylo zjistit, **zda budou respondenti o komunikaci mluvit spontánně** a pokud ano, **jakou roli bude hrát** v jejich popisu dobrého (nebo špatného) lékaře.

Na dobrého lékaře z pozice pacienta si vzpomnělo celkem 10 respondentů. Ti, kteří si nevzpomněli, udávali, že k lékařům často nechodili nebo že je v tomto smyslu nezažili. Z pohledu studenta bylo pro respondenty vzpomínání těžší, řada z nich uváděla, že během studia neviděli tolik lékařů při práci s pacienty a spíše je hodnotili ve vztahu ke studentům (podle přístupu k výuce nebo způsobu zkoušení). Nakonec si ale dokázalo vzpomenout všech 15 lékařů. Nejsnadnější bylo vzpomenout si na dobrého lékaře-kolegu, vzpomnělo si 14 respondentů, někteří z nich ve svých odpovědích nabízeli více úhlů pohledu – uváděli, že někteří kolegové jsou dobří po odborné stránce, jiní to zase lépe umí s lidmi.

Níže jsou uvedeny hlavní charakteristiky dobrého lékaře vycházející z výpovědí respondentů. Vzhledem k tomu, že se respondenti velmi často vyjadřovali k chování lékařů – tedy ne výslovně k verbální komunikaci, pro větší přehlednost jsou charakteristiky dobrého lékaře rozděleny do 3 větších skupin podle toho, zda se výpovědi vztahovaly přímo ke **komunikaci, k chování** nebo k **odborným znalostem a dovednostem**.

Kategorie nelze chápat jako jasně oddělené, některé z nich se prolínají. Pohled na dobrého (i špatného) lékaře se v některých aspektech lišil podle toho, zda ho respondenti popisovali z úhlu pohledu pacienta, studenta nebo kolegy. Přestože u jednotlivých kategorií striktně nerozděluji výroky podle pozice, kterou respondent zaujímal, pokusila jsem se u každé kategorie také zohlednit i toto hledisko.

### 10.1.1 Charakteristiky přímo spojené s komunikací

Do této kategorie jsem pro přehlednost zařadila pouze odpovědi, ve kterých se respondenti výslovně vyjadřovali ke komunikaci. Nejčastěji byla komunikace zmiňována, když respondenti vzpomínali na situace, kdy byli v roli pacientů, tam ji jako jednu z hlavních charakteristik dobrého lékaře popsalo celkem 7 (z 10ti) respondentů. Z pohledu studenta o komunikaci s pacientem mluvilo 5 (z 15ti) respondentů, z pozice kolegy komunikaci zmínilo 7 (ze 14ti) respondentů.

- **Vysvětluje**

Celkem 8 respondentů považovalo za důležité, když lékař dokázal **dobře a srozumitelně** pacientovi vše **vysvětlit, popisoval, co dělá a co bude následovat**. Jedna lékařka vyjadřuje spojitost mezi **dostatečným poskytováním informací** a její **důvěrou v lékaře jako odborníka**. Další lékař vyzdvihuje schopnost lékařky **domluvit se** s pacienty.

Lékař 15 ukazuje, jak jeho kolega vysvětluje a popisuje pacientům způsob léčby: „*Snaží se těm pacientům říct, co se bude dít...vysvětlí jim, že je uspíme, aby se mu líp dýchalo*“. Lékařka 12 navíc mluví o srozumitelnosti vysvětlení: „*...vysvětlí mi to hezky, srozumitelně pro 99% populace .....taký popisuje, jak to bude probíhat...třeba „ted' to bude nepříjemný“*“. Lékař 7 navíc mluví i o schopnosti domluvit se s pacienty a přesvědčit je: „*...nevím jak, ale uměla se s nima domluvit, když protestovali. I mě zpracovala, že jsem si tu krev vzít nechal, když jsem tam byl jako pacient. Ale už nevím, jak to udělala*“. Lékař 9 popisuje svůj vzor skrze srozumitelné vyjadřování: „*No, pro mě persona byl vždycky Pařko, protože ten vždycky mluvil k věci, mluvil lidově, rozumně, že to prostě pochopili jak pacienti, tak i lékaři*.“

Lékařka 12 popisuje roli vysvětlování při získávání důvěry pacienta v odborné schopnosti lékaře: „*...tím, kolik mi poskytuje informací ve mně vzbuzuje důvěru a mám pocit, že ona sama má ty informace, když mi to říká...že je to chytrá doktorka...*“

- **Ptá se**

Celkem 3 respondenti také oceňovali schopnost lékaře **ptát se**, pokud tuto schopnost zmínili, vždy to bylo ve spojení se schopností vysvětlovat.

Lékař 7 „*Všechno vysvětlovala, ptala se...uměla je zpracovat*“.

- **Mluví hezky**

Tři respondenti kladli důraz na **způsob**, jakým lékař s pacientem mluvil. Popisovali, že lékaři s lidmi dokázali **hezky mluvit** nebo **uměli komunikovat**. Respondenti často

nedokázali přesně říct, jakým způsobem to lékaři dělali, jen si pamatovali **pozitivní dojem**, který v nich komunikace zanechala. Hezký způsob komunikace také někteří spojovali s celkovým přístupem lékaře – vlídností a lidskostí. Do této kategorie jsem také zahrnula schopnost lékaře **mluvit i o jiných tématech** než je pouze zdravotní stav pacienta.

Lékařka 6: „... s téma rodičema uměl povídat...i s téma dětma, tak to se mi líbilo.“ Podobně se vyjadřuje i o jiném lékaři: „Jeden kolega.....hrozně hezky mluví s téma rodičema i s téma dětma...“ Lékařka 10 spojuje hezkou komunikaci s celkovou vlídností : „Ano, s mojí praktickou doktorkou, tu jsem měla ráda.... ta byla moc milá, hezky se mnou mluvila.“

Lékařka 6 uvádí, že pro ni bylo důležité nemluvit jen o nemoci: „Povídal si i o něčem jiným, než o tý operaci, nemoci.....našel si čas, aby prohodil pár slov o osobním životě nebo tak...a to stačí no...“ Lékař 1 popisuje: „...během těch 10ti minut, co jsem tam byl...prostě 2 minuty mě prohlížela, 8 min jsme kecali a probrali jsme úplně všechno ...takže to bylo vždycky dobrý“. Dále mluví o roli humoru v komunikaci s lékařkou: „Vždycky, když jsem tam přišel, tak to byla hrozná sranda...“

- **Úsměv a oční kontakt**

Při popisu dobrého lékaře se k neverbální komunikaci vyjádřila pouze jedna respondentka (dále při cílené otázce na komunikaci už se vyjádřilo více lékařů). Pro respondentku v roli pacientky byl důležitým faktorem **oční kontakt** a **úsměv** lékařky, který v ní vzbudil dojem, že je tam lékařka pro ni a že je v ordinaci vítaná.

Lékařka 12 popisuje důležitou roli úsměvu takto: „...ale ten úsměv a to, že vypadá, že na mě čeká... umí navodit takovou atmosféru, nevím, čím to je, ale umí ji navodit...třeba ten úsměv během toho uvítání, ten je pro mě asi důležitější...to už je pak všechno v pohodě.“ Dále se vyjadřuje k očnímu kontaktu: „Hodně udržuje oční kontakt, samozřejmě musí občas něco napsat do počítače, ale snaží se“.

### **10.1.2 Behaviorální projevy s komunikací související**

Do této skupiny jsou zařazeny takové charakteristiky dobrého lékaře, ve kterých respondenti vysloveně komunikaci nezmiňovali, ale popisovali chování, které ji v sobě bezpochyby zahrnovalo – například popisovali lékaře jako milé, vlídné, zajímaví se atd.

- **Zájem o člověka**

Celkem 6 respondentů považovalo za důležitou charakteristiku dobrého lékaře zájem o pacienta jako o člověka. Takoví lékaři byli popisováni, jako ti, kteří **nebrali** pacienta **jen jako**

**diagnózu**, ale jako **jedinečnou osobnost**, přistupovali k němu **individuálně**, brali v úvahu i **jiné faktory** než jen zdravotní stav, opravdu se snažili mu **pomoci** a starali se o něj i **nad rámec svých běžných povinností**. Respondenti opakovaně popisovali, že bylo **vidět**, že se **lékař o pacienty zajímá** a **že mu záleží na tom, co se s nimi děje**. Někteří respondenti viděli zájem lékaře v jeho ochotě mluvit s pacienty i o **jiných tématech** než o jejich zdravotním stavu. U dvou respondentů se také objevilo zdůraznění **přesahu** lékaře v tom smyslu, že **dokázal pomoci i s jinými problémy než s těmi zdravotními**. Z pohledu studenta tento názor vyjádřili 3 respondenti, z pohledu kolegy celkem 4. (Respondenti z pozice pacientů také mluvili o zájmu lékaře o ně, který odvozovali především z trpělivosti lékaře viz níže).

Lékařka 4 popisuje individuální přístup a snahu pomoci: „*A prostě dělá to pro dobrou věc a těm lidem se snaží pomoci. Hodnotí v těch konkrétních situacích, co by pro toho člověka bylo nejlepší a snaží se, aby o ty lidi bylo postaráno“.*

Lékař 13 popisuje komplexní přístup z medicínské stránky: „*A z těch ostatních kolegů, třeba kolega X., když chodí třeba na urgent na konzilia, tak člověk vidí, že na těch konziliích se často člověk rovnou paradoxně staví do defenzivy, když ty zprávy píše „tyhle věci se mě netýkají, toho máho oboru“, ale on se opravdu, když mu něco přijde, tak to řeší komplexně. Když tam přijde někdo s vertigem, tak on neřeší jen to, proč má vertigo, ale řeší i spoustu těch dalších problémů okolo, tak to se mi na něm taky strašně líbí.*“ Lékař 14 také popisuje snahu pomoci a komplexní přístup: „*Určitě doktor Y v jeho přístupu k lidem, je vidět, že ho ten člověk zajímá, ten člověk, nejen ta diagnóza, ale celej ten příběh okolo....*myslím, že takových lidí je málo. Je to vidět, jak se baví s těma lidma, je vidět, že se jim opravdu snaží pomoci, udělat pro ně to první poslední, to je vidět.“ Lékař 13: „*...bylo vidět, že o tom přemýšlí... že to není jenom bezhlavě, že to zoperuje... Přemýšlel o tom v tom smyslu, že bral v úvahu komplexnost toho celého pacienta – ne prostě jenom „plánovaný příjem k operaci žlučníku“, ale bral v potaz třeba následnou péči, jestli ten člověk má nějaký zázemí, zaměřoval se třeba i na chronickou medikaci, to mě překvapilo, sám si upravoval i léky na tlak. Měl takovej holistickéj přístup k tomu pacientovi a to se mi prostě líbilo a překvapilo mě to.*“

Lékařka 4 mluví o osobní angažovanosti: : „*...hodně se jim věnovala i tak jako přes hranice svých povinností.*“ Lékař 13 to popisuje detailněji: „*A třeba že papíry dováží pacientům, třeba že si tu někdo zapomene propouštěcí zprávu a on jim ji doveze, protože má cestu kolem a je to přece jasný. A jemu to nepřijde jako nic zvláštního.*“ Dále spojuje zájem o pacienta i s ochotou mluvit o jiných tématech než je zdravotní stav: „*Že si dokáže s lidma povídat i jinak a dá si ten čas při té vizitě, že ho to opravdu zajímá a to si myslím, že je hodně náročný z pozice toho primáře*“.

Lékař 2 popisuje přesah svého lékaře: „*....byli schopni s ním řešit všechny problémy nejenom ty zdravotní, protože to bylo na tý vesnici ....a jo asi je to takovej ten obraz toho doktora z Vesničky mý střediskový, to je pravda, ale ono to tak opravdu bylo, no jako měl přesah mimo medicínský problémy a to je to, co se mi na tý praktický medicíně líbí, že to není jenom o tom řešit prostě co bolí, ale i ostatní věci.*“

- **Osobnostní charakteristiky**

Celkem 13 respondentů se vyjádřilo k osobnostním charakteristikám lékaře, objevovaly se ve všech třech úhlech pohledu, ale v roli pacienta respondenti kladli důraz **na pozitivní ladění, poctivost a trpělivost**, jako studenti si všímali především **nadšení pro obor a schopnosti překonávat překážky** a jako kolegové nejvíce oceňovali **pečlivost, pracovitost a schopnost zachovat klid**. Nejméně se k osobnosti lékaře vyjadřovali respondenti z pozice pacienta (celkem 2), více z pozice studenta a kolegy (5 a 6 respondentů).

➤ **Lidskost**

Charakteristikou dobrého lékaře, která se často opakovala (mluvilo o ní celkem 12 respondentů), byla „**lidskost**“ - označení jsem převzala od respondentů, protože tímto způsobem lékaře popisovali velmi často. „Lidské“ lékaře charakterizovali jako **milé, příjemné, vlídné a hodné**. Do této kategorie jsem zařadila i **projevy empatie a účasti**, které respondenti s lidskostí spojovali. Lidskost se objevovala zhruba u stejného počtu respondentů ze všech tří úhlů pohledů (vždy ji zmínilo 4-5 respondentů).

Lékařka 4 popisuje lidskost: „*Paní primářka z dětské kliniky a ještě jeden pan profesor z té samé kliniky. Byli úžasný. Byli vlastně na místě toho rodinného lékaře, který Tě znal, prožil s tebou to dětství, dospívání a tak, byli kultivovaní, hodní, laskaví, milí, lidský.*“ Lékař 13 mluví o vlídném chování lékaře: „*Nikdy jsem neviděl, že by na někoho zvýšil hlas, nebo že by byl nepříjemnej ...*“

Lékařka 4 zdůrazňuje roli lidskosti u lékaře v souvislosti s odbornými znalostmi: „*Samozřejmě odborný znalosti jsou základ, ale já asi nejvíc hodnotím tu lidskost, jak ten lékař s těma pacientama pracuje a to si myslím, že pro spoustu lidí (kolegů) není důležité*“.

Lékařka 12 mluví o roli účasti: „*I když mám problém, nebo když třeba vyjádřím úlevu z toho, že nějaký vyšetření dopadlo dobře, tak ona taky vyjádří, že jí to udělalo radost, že to dopadlo dobře. Nebo ne úplně radost, ale třeba na ní vidím, že si taky ulevila... Na mě působí, jakoby to prožívala se mnou*“.

➤ **Trpělivost**

Z pozice pacienta 3 respondenti považovali za důležité, že jejich lékař **nespěchal**, dal jim **prostor pro otázky, udělal si na ně čas**. Takové chování u nich vzbuzovalo pocit, že **jsou vítáni** a že takového lékaře **neobtěžují**, že se o ně **doopravdy zajímá, věnuje se jen jim** a je tam **pouze pro ně**. Jeden respondent mluvil o trpělivosti z pohledu studenta.

Lékařka 6 mluví o roli času v souvislosti se zájmem lékaře o její osobu: „.....na to, kolik tam měli práce, dal pacientovi pocit, že na něj má čas a že mu na něm záleží.“ Lékařka 12 to popisuje detailněji, zdůrazňuje pocit, že lékařka je tam jen pro ni: „dává najevo, že ji neobtěžuju, tímhle...že na mě má čas...a celý ten náš rozhovor je v tom duchu, že na mě má čas, že se věnuje mně a že je tady pro mě... ..a to, že nemám pocit...honem honem spěcháme, mám v čekárně ještě 20 lidí...Že mám pocit, že v tu chvíli pro ni existuju jenom já. Že ten čas stoprocentně věnuje mně.“

Lékař 1 mluví o trpělivosti vzhledem k profesi: „Z těch, co jsem viděl na sále, tak z nich jsem se snažil vzít tu trpělivost, vždycky říkali, že ty operační obory jsou běh na dlouhou trať, tak já jsem jim tenkrát nevěřil, že je to až tak hrozný a že to až tak dlouho trvá, teďko vim, že to opravdu tak dlouho trvá.“

### ➤ Optimismus a nadšení

Takoví lékaři byli popisováni jako **nadšení pro svůj obor, dobře naladěni a optimističtí**. Tyto charakteristiky zmiňovali pouze respondenti z pozic pacientů a studentů, z pohledu lékaře už se tato charakteristika neobjevovala.

Lékař 1 mluví o optimismu: „,, i když nemá rodinu, tak je to takovej životní optimista a mě to neskutečně nabíjelo.“ Lékařka 6 mluví o nadšení pro práci: „takovej zažranej do toho, i přednosta si ho chválil, .....měl spoustu článků a rozhovory v televizi.“ Lékařka 3 také mluví o nadšení: „Když už jsem studovala, tak jsem potkala doktora z tropický medicíny, který mě očkoval proti nějakým tropickým chorobám, protože jsme jeli do Afriky, a ten byl strašně nadšený, tak se mi líbilo, že je někdo takhle nadšený, to mi přišlo super, vyprávěl, kde můžu potkat kterou breberu, tak mi to jako vyprávěl a přišlo mi to zajímavý, že z toho bylo cítit to nadšení.“

### ➤ Bojovnost a odvaha

Respondenti takové lékaře popisovali jako **průbojné, vytrvalé, rozhodné** často mluvili o tom, že byli v nějakém **znevýhodněném postavení** a přesto se dokázali se situací vypořádat. Tato vlastnost hrála roli převážně z pozice studentů. Z pohledu kolegů nebo pacientů se neobjevovala.

Lékař 11: „Byla doktorka z ORL, ona tam byla taková odstrkovaná, asi ji nebrali jako ženskou, nevím, taková hubatá, ambiciozní, agilní, ta mi poradila, že když vás k něčemu nechtějí použít, „tak se to naučte jinde a čekejte na svojí příležitost.“ Taková průbojná byla, silná, nebojácná.“

Lékařka 4: „...měla tam takovou složitou pozici, protože byla věřící, to bylo ještě za bolševika, takže ona všechno udělala a pořád byla špatná. Měla spoustu práce, dělala výzkum juvenilních diabetiků, nikdo jiný to nechtěl dělat, měla spoustu překážek a přesto u toho vytrvala.“



Lékař 13 obdivuje rozhodnost svého kolegy: „...zároveň má v sobě i takovou tu sílu rozhodnout ty věci, který nejsou úplně běžný, má sílu říct „takhle to bude““.

#### ➤ **Svědomitost**

Tato charakteristika hrála největší roli při popisu lékaře jako kolegy – popisovala ji 1/3 respondentů, ale vyjadřovali se k ní i respondenti z pozice pacienta a studenta. Mluvili o **pečlivosti, pracovitosti, poctivosti**.

Lékař 11 mluví o pečlivosti: „...*ty, co jsem si říkal, že od toho bych si nechal kýlu vyoperovat. Vidím, že jsou citliví, dají si záležet, že to neodbyjou.*“ Lékař 15 popisuje totéž: „*I doktor Y dříč, strašně poctivej, to je taky úžasnej doktor, i když toho má taky až nad hlavu. A když vidím, jak tu dře ve svých 43 letech a pak tu slyšíš svoje kolegy jak říkají „já jsem strašně unavený“, i když pak zjistíš, že práce taky není všechno...ale jo, poctivost, pracovitost, svědomitost“*“.

#### ➤ **Stabilita**

Celkem 3 respondenti si vážili u svých kolegů a učitelů odolnosti vůči stresu, popisovali nejčastěji schopnost **zachovat klid i v krizových situacích**.

Lékař 1 popisuje schopnost zachovat klid: „*A druhý aspekt, kterej obdivuju, je klid při práci...takovej ten klid, i když okolo hoří les, prostě mít tu chladnou hlavu a vyřešit to tak nějak s klidem, to je druhý aspekt.*“

Lékař 15 spojuje klid se zkušeností: „...*je v klidu, nic ho nerozhází, taky už toho viděl dost.*“ Lékařka 10 popisuje totéž skrze osobní zkušenost: „*Anebo ještě bývalý primář, z toho čísel obrovský klid...ať se dělo cokoliv, tak byl v klidu. Jednou jsme operovali a on mi najednou říká, „na chvíli přestaňte, budeme resuscitovat“, ale na tom hlase to vůbec nebylo poznat, že se něco zvláštního děje...*“

#### • **Interpersonální orientace**

Zde jsou zařazeny projevy chování, které můžeme u člověka pozorovat pouze ve společnosti dalších lidí. Jako první uvádím stupeň kontroly a afekci - tyto pojmy jsem si vypůjčila z interpersonální teorie Williama C. Schutze, protože dle mého názoru velmi dobře ilustrují výpovědi lékařů (pojem afekce tedy používám ve smyslu interpersonálního přiblížení – oddálení) (Svoboda, 1999). Druhou kategorií zahrnutou v této podkapitole je kolegalita.

#### ➤ **Stupeň kontroly a afekce**

Zde se pohledy respondentů liší. 4 respondenti se vyjadřují ke stupni kontroly ze strany lékaře, z toho 3 respondenti popisují dobrého lékaře jako **autoritu**, jedna respondentka

naopak oceňuje **partnerský přístup**. Další dva respondenti považují za důležité udržet si od pacienta **dostatečný odstup**.

Lékař 5 popisuje dobrého lékaře jako autoritu: „...vážný, seriózní a slušný vystupování vůči studentům i pacientům. Jde z něj určitý respekt a stačí jenom, aby promluvil. Řekl bych, že takhle má vypadat člověk, kterej dělá vrcholovou medicínu.“ Lékař 11 se také vyjadřuje k autoritě: „*Ta kardioložka, to ani nevím, to byl ten první styk s nemocnicí, možná, že jsem v ní viděl tu autoritu, dospělou doktorku. Moudře vypadala, měla brýle, jsem k ní vzhlížel.*“

Lékařka 10 popisuje svou praktickou lékařku a oceňuje partnerský přístup: „...měla jsem pocit, že jsem pro ní rovnocenný partner.“

Lékař 8 mluví o roli odstup: „Byla k nim milá, chápavá, ale držela si ten akorátní odstup. Někdo, bych řekl, se k těm pacientům....snaží moc je pochopit...někdo s nima soucítí zase až moc, aby se člověk mohl soustředit na tu práci, tak musí mít rozumnej odstup od těch lidí. Když s nima něco řešila, tak to uměla včas zastavit, když už to rozjížděli moc do osobních věcí, tak to dokázala zastavit a odvést ten hovor jiným směrem. Ta z toho uměla krásně vyplout, aniž by to bylo nevhodný.“

### ➤ **Kolegialita**

Kolegialita je kategorie, která se sice nevztahuje k přístupu lékařů k pacientům, nicméně ji lékaři při popisu kolegy velmi často udávali jako charakteristiku dobrého lékaře – vyskytla se několikrát už z pozice studenta (nejčastěji uváděli partnerský a lidský přístup ke studentům a schopnost vysvětlit danou problematiku), ale u svých kolegů ji zmínila 1/3 lékařů. Z toho důvodu jsem ji také zahrnula do seznamu charakteristik. Kolegialita byla popisována nejčastěji **jako ochota poradit**, dále respondenti popisovali také **spolehlivost**, **nepřehazování práce na ostatní a nepovyšování se**.

Lékař 7 mluví o ochotě poradit: „Během služeb, když něco potřebuju a nevím si rady, dokáží mi poradit, nasměrovat a vysvětlit proč.“ Lékař 1 vyzdvihuje nepovyšování se a spolehlivost: „Já mám rád kolegy, který se ke mně chovají jako ke kolegovi, berou mě jako partáka do týmu a snaží se mi ty zkušenosti předávat, nejsem člověk, kterej by šlapal po ostatních a někam se hrnul na úkor ostatních a když něco udělat mám a jsem na to vypsanej a mám tam toho asistenta a když mi dá nějakou radu, snažím se si od něj něco vzít a chtěl bych tam mít ty dobrý návyky, aby se to člověk nenaučil od začátku hodně špatně...to je jeden aspekt, že se mi to snažej vysvětlovat. A třetí aspekt, ty lidi, který to, co říknou a zapíšíou, že se na to můžu spolehnout, že to nezapřou, tak s takovýma lidma pracuju rád.“ Lékařka 10 popisuje partnerský přístup: „*A i když to byl primář, tak mu vůbec nevadilo udělat takovou věc, jako třeba pomoci přenést pacienta a zdálo se mu to úplně normální.*“

### 10.1.3 Odborné kompetence

Odborné **znalosti, zkušenosti a dovednosti** uvedlo jako charakteristiku dobrého lékaře celkem 9 respondentů. Jedná se o kategorii, ke které se respondenti převážně vyjadřovali až z pozice studenta nebo kolegy. Z pohledu pacienta se ke kompetenci lékaře vyjádřil pouze jediný respondent - uvedl jako důležitý faktor **odborné znalosti** svého lékaře, o kterých se dozvěděl z vyprávění rodičů, sám přiznával, že na návštěvy u lékaře má spíše negativní vzpomínky. Z pohledu studenta a kolegy už se k odbornosti vyjádřila polovina respondentů.

- **Vědomosti a zkušenosti**

Respondenti u dobrého lékaře popisovali **odborné znalosti a zkušenosti, rozhled v oboru i celkově v medicíně, schopnost zvládnout komplikace a minimální využívání vyšetřovacích metod** (tedy schopnost dojít k diagnóze především odebráním anamnézy a klinickým vyšetřením). Jeden z lékařů zmínil také inteligenci.

Lékařka 10 popisuje rozhled lékařky: „Byla tam jedna doktorka...ta byla skvělá. Hlavně tím, že měla velký rozhled...“ Lékař 5: „A na interně primář, ten má obrovské rozhled...“ dále popisuje podobné vlastnosti u jiného kolegy: „... co se týče mladších kolegů, tak takový M. je vysoce inteligentní a má široké rozhled o medicíně.“ Lékař 7 to dále specifikuje: „Tam bylo hodně vzdělaných lidí, kterým bych se svěřil. To jsou moje osobní preference, že tomu rozuměli, co dělají...nehádali, věděli ,co dělají a proč...a to se mi na nich líbí...to chladné, racionální myšlení.“

Lékař 7 vyjadřuje, že pro něj jsou v hodnocení kolegů důležité především odborné znalosti: „Ví, co dělá a rozumí tomu proč .....Určitě je důležitá nějaká komunikace s lidmi, ale já jsem spíš akademik, takže pro mě osobně je důležitější to, abychom rozuměli tomu, co a proč děláme.“

Lékař 5 popisuje schopnosti poradit si s komplikacemi: „I že si dokáží poradit s komplikacemi - krvácení, nebo zlomeniny, který na zobrazovacích metodách vypadají jednoduše a pak nejsou.“

Lékař 15 se vyjadřuje v podobném smyslu: „...no a po tý medicínský stránce...nemá na to moc času, protože pořád řediteluje.....ale když jde do tuhého, tak klobouk dolů.“

Lékař 2 mluví o minimálním využívání komplementárních vyšetření: „Když jsem byl starší, tak se mi líbilo, že se tu medicínu snažil dělat dobře, ale za minimálního použití různých takových těch extenzivních prostředků té moderní medicíny, takže tohle jsem obdivoval a to se mi líbilo.“ Lékař 15 to vidí podobně: „I ten přístup, že si klinicky vyšetří, už na něco přijde...ne jen uděláme rentgen a odběry a ono z toho něco vyleze... opravdu i ty diagnózy pak sedí.“

Lékař 5 popisuje odbornost lékaře z pozice pacienta - v popisu se objevuje konflikt mezi jeho vlastní zkušeností a informacemi od rodičů: „*Musím říct, že můj dětskej byl špičkovéj lékař, dneska oceněnej profesor, z pohledu dítěte těžko hodnotit, ale ten byl kapacita ve svém oboru. I když jako dítě na to nevzpomínám rád, asi žádný dítě nevzpomíná rádo na návštěvy lékaře, tak suprová péče.*“ Na otázku, jak vzpomíná na návštěvy u lékaře, pokračuje takto: „*Toho dětskýho jsem hodnotil až zpětně, že to byl lékař, který byl pečlivý a asi nikdy nic nezanedbal, to vím z vyprávění od rodičů. Ale pro mě jako pro dítě to bylo hrozný, protože vždycky mi tam dělali něco nepříjemnýho.*“

- **Zručnost**

Zručnost byla charakteristika, která se opakovala především při popisu kolegy (celkem 3 respondenti), z pozice studenta ji zmínil pouze 1 respondent.

Lékař 5: „*Operatéri šikovný na ortopedii, dokážou poskládat věci, co jsou rozbitý na dřevě.*“

Lékařka 10: „*...byla to velice schopná lékařka, lepší než většina jejich kolegů - lékařů chirurgů – byla zručnější.*“ Lékař 15: „*Jo tak třeba primár je výbornej doktor, když je potřeba, zase na to nemá čas, diagnostik, všechny invaze – ruce šikovný...to klobouk dolů.*“

## **10.2 Charakteristiky špatného lékaře**

Vzpomenout si na špatného lékaře bylo pro mnoho respondentů těžší. Na špatnou zkušenost s lékařem v roli pacienta si dokázalo vzpomenout pouze 6 respondentů. Z pohledu studenta si vzpomnělo 9 respondentů, často (stejně jako u popisu dobrého lékaře) udávali, že během studia hodnotili lékaře především podle toho, jak se chovali k nim jako ke studentům a při práci s pacienty je tolik neviděli, 4 respondenti z 9ti tak dokázali popsat „špatného“ lékaře pouze ve vztahu ke studentům. Na špatného lékaře-kolegu si dokázali vzpomenout téměř všichni – celkem 14 lékařů.

### **10.2.1 Charakteristiky přímo spojené s komunikací**

I u špatného lékaře se respondenti vyjadřovali ke komunikaci, celkem ji uvedlo 7 respondentů. Z pohledu pacienta se ke komunikaci vyjádřila polovina lékařů (tedy celkem 3). Nejčastěji si stěžovali, že lékař **nevysvětloval**, **nemluvil** nebo s nimi **mluvil hrubě**. Z pohledu studenta se ke komunikaci také vyjádřili 3 respondenti a popisovali převážně **hrubou** nebo **neadekvátní komunikaci**. Z pohledu kolegy se vyjádřili 4 respondenti -

mluvili o **nedostatečné komunikaci** a **aroganci**. Do této kategorie jsou stejně jako v předchozí kapitole zahrnuta pouze sdělení, ve kterých byla **výslovně zmíněna komunikace**.

- **Nevysvětluje, nemluví**

Do této subkategorie jsem zařadila sdělení, která popisovala lékaře, který dostatečně **nemluvil, nevysvětloval** nebo **vysvětloval, ale neadekvátně** – mluvil příliš **rychle**, používal **cizí výrazy**, přestože bylo vidět, že pacient nerozumí.

Lékařka 12: „A jiná kolegyně, ta mám pocit, že to těm pacientům nevysvětluje vůbec...“ Lékař 13 popisuje neadekvátní komunikaci s pacientem: „No vůbec nebrali v potaz ten aktuální stav pacienta. Třeba když byl pacient těsně po operaci a oni tam na něj chrlili spoustu informací a byli to vesměs...používali cizí výrazy, cizí slova...“

Lékařka 4 mluví o nedostatečném kladení důrazu na komunikaci: „Důležitý je, aby jim poskytli perfektní somatickou pomoc, aby jim uměli nastavit medikaci, ale nakolik s nima komunikují a nakolik ty lidi k nim mají nějaký vztah, to je vůbec nezajímá, to je vedlejší. Důležitý je ta fyzická pomoc, ta péče o to tělo a hlavně mi to připadá, že je to u těch operačních oborů...hlavně žádný vykecávání se, na to nemáme čas.“

Lékařka 12 popisuje **nedůvěru v lékařovy schopnosti** na základě jeho **nedostatečné komunikace**: „...neřekl, proč dává tu léčbu, jak to bude vypadat... vyhlídky do budoucna...to byl takovej ten ....“tady máte recept a nashle“ ....tenhle doktor seděl, nic neříkal, mluvil málo...člověk mohl jenom doufat, že ví, co dělá...neřekl mi proč, na co, jak, kdy...nic.“

- **Křičí, je arogantní**

Do této skupiny jsem zařadila výroky, které popisovaly lékaře, kteří na pacienty **křičeli, byli arogantní** nebo **odsekávali**.

Lékař 13 popisuje hrubou komunikaci s pacientem: „...bylo vidět, že ten pacient je úplně totálně zmatenej a když se zeptal, v tý své zmatenosti, tak oni ho akorát okřikli, že teďka mu to tady 10 minut říkal. Tak to jsem si říkal, že takhle bych se asi k pacientům nechtěl chovat“. Lékařka 4 také popisuje hrubou komunikaci: „Ale co jsem měla ošklivej zážitek na gynekologicko-porodnické klinice a tam jsem si připadala....at' už to byli lékaři nebo porodní báby, tam to byl prostě masokombinát. Na ty ženský řvali, prostě hnus...“ Lékařka 3 pokračuje osobní zkušeností: „Moje první zkušenost, kterou si vybavuju kromě dětského lékaře je, když je měla jako asi 15letá jít poprvé na gynekologii a tam mě seřvala doktorka, že jsem si nechala kalhotky na vyšetření, protože jsem vůbec nevěděla, co se tam ode mě bude čekat a to jsem si připadala špatně a přišlo mi to hrozně smutný a to byl první takovej kdy fakt ne...“

Lékař 14 naznačuje souvislost **hrubé komunikace s pracovním vyčerpáním**: „No je na ně ostrej, odsekává...je vidět, že tam byl furt, nebo možná ještě je...“

Lékařka 6 popisuje, že i přes arogantní chování lékaře byla s jeho odbornou péčí spokojená, podstatné pro ni bylo vědomí, že je to odborník ve svém oboru: „Jeden chirurg, ten mi přišel...jakože se mnou mluví, jako bych byla debil...nevím, jestli to byl jenom styl vyjadřování, i když se o něm říká, že je arogantní, přitom je to docela kapacita, ale říkala jsem si, že bych s lidma nechtěla mluvit, aby měli stejnej pocit, jako já...ale tý lékařský péči nemůžu vytknout nic...to jsem byla fakt ráda, že mě operoval on, to jsem byla ráda... to jak se mnou mluvil, to mi zas tak nevadilo...“ Na otázku jak poznala, že je to dobrý lékař odpovídá: „...já už jsem věděla, že je to známá kapacita, proto jsem k němu šla.“

### 10.2.2 Behaviorální projevy s komunikací související

Stejně jako u charakteristik dobrého lékaře jsou zde popsány takové charakteristiky špatného lékaře, ve kterých respondenti vysloveně o komunikaci nemluvili, ale popisovali chování, které ji v sobě bezpochyby zahrnovalo – například popisovali lékaře jako hrubé, arogantní atd.

- **Hrubé zacházení**

Respondenti popisovali tyto lékaře jako **arogantní, hrubé, nelidské**, chovali se k člověku pouze jako k „**tělu**“, zahrnula jsem do této kategorie i **nešetrné vyšetření**. Celkem se v tomto smyslu vyjádřilo 5 lékařů, počet výroků byl ze všech tří úhlů pohledů stejný.

Lékařka 10: „Oproti tomu doktoři, co byli na rentgenu, tak ti byli jako ti, co je známe tady...no byli na ty lidi hrozně hrubí.“ Lékařka 3 mluví o nelidském chování k pacientům detailněji: „Na škole i mimo školu myslím, že potkávám ty lidi dodneška, kdy mám pocit, že jsou vyhořelí, nejsou dostatečně citliví, že jenom štourají, píchají, řežou a léčí bez přesahu, bez tý lidskosti...ty lidi průběžně potkávám, ty ještě nevyhynuli...“ Lékařka 4: „... nepříjemný, bez špetky empatie, prostě kus masa, další a další...“

Lékař 13 popisuje arogantní chování svého kolegy: „A určitě i tím přístupem k pacientům se mi nelíbí i doktor P., přijde mi, že ten přístup k pacientům není takový, jaký by měl být. Přijde mi nadřazený, chvílkami až arogantní a kdybych byl já jeho pacient, tak by mi z každého toho vyšetření u něj bylo hodně nepříjemně, nebo aspoň z toho mám ten pocit.“

Lékařka 3 popisuje svoji zkušenost s hrubým jednáním v kombinaci s nešetrným vyšetřením: „Ale stalo se mi jako dítěti, že jsem si na táboře při sportu zlomila prst, strašně dlouho jsme jeli k doktorovi, strašně dlouho jsme tam na něj čekali, pak přišel v mých očích nějaký starej dědek, udělal „no...to je asi zlomený no“.. a já jsem z něho byla úplně vyděšená, od té doby, co mi to vyšetřil, tak mě to bolelo ještě víc.“

- **Nezájem**

Nezájem o člověka popisovali respondenti nejčastěji (celkem 6x) ve vztahu ke kolegům - nejvíce mluvili o tom, že se lékař na člověka dívá **jen jako na diagnózu**, léčí **bez přesahu** nebo že jsou mu pacienti **lhostejní** a udělá **jen to, co musí**. Z pohledu studenta se vyjádřil pouze jeden respondent, z pohledu pacientů se vyjádřili dva – jeden popisoval, že **lékařka neřešila jeho obtíže**, další respondentka popisovala, že lékařka **spěchala** a měla z ní pocit, že **obtěžuje**. Při popisu kolegů respondenti popisovali, že pacient lékaře doopravdy **nezajímá**, je mu **lhostejný** a **otravuje ho**.

Lékař 8 popisuje, že lékařka neřešila jeho obtíže, nevěnovala se mu: „*Měl jsem jednu dětskou doktorku a to jsme byli známí, vždycky se řešila rodina a nebyl moc čas na to řešit, s čím tam jsem...*“ Lékařka 6 mluví o pocitu nezájmu v souvislosti se spěchem a rušivým prostředím: „*A nebo pak když vidíš, že chvátaj a do toho jim zvoní telefony...ale to teď vidím, že to tak mám i já teď.... Tenkrát jsem měla pocit, že ty doktorce to bylo úplně jedno. Nedá ti ten pocit důvěry...teď to chápu, že chvátá a nemá čas.*“

Lékař 2 popisuje koncentraci pouze na diagnózu a nezájem o člověka jako celek: „*Nebo pak mi vadí to, co tu vidáme běžně, že o toho člověka těm lidem doktorům dost často nejde a nechtějí řešit prostě člověka, a to je strašná bolest tý dnešní medicíny, protože my postupujeme podle Evidence Based Medicine a řešíme, jak nejlíp léčit kuří oko a tak....abysme na to měli 10 studií, ale jestli to tomu člověku opravdu pomůže, to už nikdo moc neřeší. A to je problém, kterej je podle mě asi strašně jednoduše řešitelný. My bysme měli využívat těch znalostí, který máme, abychom těm lidem pomohli. . a my využíváme těch znalostí, který máme, a to je tak všechno, kde to v té medicíně často končí. Neřeší toho člověka v tom kontextu.*“

Lékař 1 také mluví o nezájmu o pacienta: „*Myslím si, že není dobře, když tam není o toho pacienta zájem ze strany toho lékaře. Když to je jako, jasně přišel, máme další hlavičku, můžeme si to odfajfkovat, běžte pryč...Prostě ne takový ten přístup, vy jste s něčím přišel, ale vlastně mě strašně otravujete a je mi to jedno, co s váma dál bude.*“ Lékař 7: dodává, čím je podle jeho názoru špatný přístup jeho kolegy: „*Lhostejností k pacientům.....tím, že jsou pro něj takový otravný hmyz.*“

- **Diletantismus**

Tuto kategorii hodnotili pouze respondenti vzhledem ke kolegům - 1/3 respondentů mluvila o vlastnostech jak **lenost**, **diletantismus**, **zbrkllost** a **nepečlivost**.

Lékař 15: „*...mně vadí lenost, nepoctivost, když tu práci nedělají pořádně...*“ Podobně se vyjadřuje Lékař 11: „*...to není nic jinýho než ta jejich práce, jak to dělají, jak jsou někteří zbrklí, hrubí, nedůslední.*“

Lékař 2 zdůrazňuje že lékaře nehodnotí negativně kvůli profesním chybám, ale kvůli diletantismu: „*...většinou jsem neměl tendenci kritizovat někoho za nějaký přehmaty, ale spíš kvůli*

*diletantismu... jako vadil mi spíš právě ten nedostatek . . vadí mi ty selhání, který jsou zapříčiněny leností nebo tím, že nemáš chuť něco dělat.*“

- **Sympatie**

Dvě respondentky, obě z pozice pacientky, hodnotily také **fyzické vzezření** lékaře ve spojení s tím, zda jim byl **sympatický** nebo ne.

Lékařka 12: „...*byl takovej...nebylo to příjemný a on už tak působil jako osoba...svým vzezřením působil divně, slizce...*“

Lékařka 3: „...*jsme jeli k doktorovi, strašně dlouho jsme tam na něj čekali, pak přišel v mých očích nějaký starý dědek a udělal „no..to je asi zlomený no.“*“

- **Nekolegiální jednání**

Tuto charakteristiku jsem zařadila stejně jako u „dobrého lékaře“ i přesto, že zde nejde o přístup k pacientům. Respondenti se v tomto smyslu vyjadřovali už z pozice studentů. Ve **vztahu ke studentům** pak uváděli jako hlavní faktory **aroganci, náročnost u zkoušek** a to, že se jim lékaři **dostatečně nevěnovali**. Ve vztahu ke kolegům se vyjádřilo 5 lékařů - nejvíce se opakovalo **přehazování práce** na ostatní a **arogance** ke kolegům. Jeden z respondentů popisuje kontrast ve smyslu špatného chování ke kolegům a dobrého k pacientům.

Lékař 14 mluví o přehazování práce: „*Z mého pohledu rozdává práci, udělá si to svoje a o víc možná ani nemá zájem, ke všemu si zavolá toho odborníka...včera jsem tam byl já, všichni internisti.*“ Lékař 5 to vidí podobně: „*A jsou lidi, kteří si tu práci hodně zjednodušují. Nelíbí se mi to, protože mi občas přijde, že ten urgent tam být nemusí a stačil by vrátnej, kterej by to rozesílal dál, myslím, že to jsou lidi, kteří to dělat nechtějí, ne že by byli hloupí, ale prostě to dělat nechtějí. Naopak ty lidi, co si to takhle zjednoduší, si myslím, že jsou dost inteligentní a myslím si, že by spoustu těch věcí dokázali vyřešit sami. Jestli si chtějí šetřit síly, nechtějí vstávat, nebo si krejou záda...jako chápu to, ale na druhou stranu je to pro mě dost otravný.*“

Lékař 8: „...*přehazuje svoji práci na ostatní, ....i to, jestli se s ním musíš hádat, jestli je to jeho nebo ne.*“

Dále popisuje **kontrast mezi přístupem ke kolegům a k pacientům**: „*To spíš vím z té kolegiální stránky...protože ono se to strašně mění...mě třeba překvapilo, že jeden doktor, kterýho se všichni bojí, že volá hodně konziliářů a to mě překvapilo, jak se chová k pacientům...že je to jako nebe a dudy...že ke kolegům se chová strašně, ale k těm pacientům ...stalo se mi, že mu přišla pacientka, hrozně nadšená, ukazovala mi obrázek, že jí přesně kreslil, kde má kamínek...tak jsem si říkal ...cože tenhle...že by si udělal čas...byl jsem tím hodně*“



*překvapeněj. Jako kolega bych s ním nikdy nepracoval, kdybych si mohl vybrat, a svoje příbuzný k němu taky neposílám... Tak mě překvapilo, že ty lidi jsou s ním takhle spokojený.“*

### 10.2.3 Odborné kompetence

Zde se vyjádřili 2 respondenti se zkušeností z pozice pacienta a 5 respondentů z pozice kolegy, z pozice studenta odbornost nehodnotil nikdo. Z pozice pacienta respondenti popisovali, že lékař něco **zanedbal** nebo **neodvedl práci dobře**. Respondenti ve vztahu ke kolegům se (v kontrastu s popisem dobrého lékaře po odborné stránce) **nevyjadřovali ke znalostem** kolegů, dva lékaři vyjádřili pouze **pochybnosti**, jeden lékař **nesouhlas** s profesním postupem kolegy. Dva lékaři mluvili o **neochotě učit se** novým věcem. Jeden lékař popisuje časté **komplikace** při operaci.

Lékař 8 mluví o zanedbání péče: „*Tehdy to bylo tak, že já jsem jako malej docela stonal, trpěl jsem na anginy, furt jsem se v tom plácal, výtěr jsem nikdy neměl...a já mám v rodině praktiky, takže pak to skončilo tak, že jsem chodil k dědovi, protože ten mi udělal výtěr, dal mi antibiotika a bylo to. Ale že bych na ní byl vysloveně nějak naštvanej, to ne... Já jsem hodně zameškal ve škole, 4 týdny jsem byl doma s tonsilitidou, pořád jsem měl ty samý antibiotika, nijak se to neřešilo....až pak děda po 3 týdnech mi udělal výtěr, kdy se zjistilo, že jsem tam měl hemofila, kterej na to byl rezistentní...“ Lékařka 4 popisuje, že zpětně zjistila pochybení „*zasádروvali mi prst, zpětně jsem zjistila, že špatně a když mi sundali sádku, tak jsem byla někde na kontrole, pan doktor, když to viděl, ten už teda milej byl, tak říkal „hraj se na klavír“ a já říkám „ne“ a on řekl „tak to je dobře, protože už bys nikdy nehrála.“**

Lékař 14 vyjadřuje pochybnosti o postupu svého kolegy: „*Otázka je profesní věc, jestli to správně diagnostikuje nebo ne...*“ Lékař 8 nepovažuje postup kolegy za optimální: „*...ne úplně zodpovědně to dělal...*“ Lékař 13 dává najevo nesouhlas: „*A z toho negativního pólu, tak bych nechtěl pracovat jako ... poslední dobou mám špatnou zkušenost s doktorem X., tam bych se pod některý věci, které dělá, bych se určitě nepodepsal.“*

Lékařka 6 mluví o neochotě učit se: „*No nelíbí se mi, když se někdo neučí novým věcem, pořád si jede to ...co se jelo pořád...*“ Lékař 11 také popisuje neochotu učit se: „*...že jim třeba říkáš, ještě se koukni tam...a téměř všichni si nedají říct.*“ Lékař 11 také hodnotí lékaře podle množství komplikací: „*...něco slyším, ale tam je toho míň, je to míň na očích, tam toho člověka nemůžu vysloveně odsoudit, protože spíše slýchávám, nebo vím, že mají takové a takové komplikace...ale i z jiných oborů, například „na hysterektomii k tomu nechodíte, ten 3x prořal močovou trubici za poslední půlrok“ ...a to mluví za všechno.“*

Když shrneme pohled respondentů na dobrého a špatného lékaře, můžeme říci, že schopnost komunikovat je jednou z charakteristik, podle kterých respondenti lékaře posuzovali, a to ze všech tří úhlů pohledu – z pozice pacienta, studenta i lékaře, nejčastěji o ní mluvili z pozice pacienta – tam se k ní vyjádřila většina respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli. Respondenti popisovali také projevy chování, které s komunikací souvisely – nejvíce se respondenti vyjadřovali k osobnosti lékaře. Hlavní roli zde hrála lidskost (hrubost u špatného lékaře), kterou respondenti zmiňovali ze všech tří úhlů pohledu, nejčastěji o ní mluvili z pozice pacienta. Z pozice studenta popisovali u dobrého lékaře navíc bojovnost a odvahu, z pozice kolegy svědomitost a odolnost vůči stresu.

Dle očekávání respondenti také více popisovali **své kolegy** v souvislosti s jejich **odbornými kompetencemi**, kde v případě **dobrého lékaře** byla odbornost jednou z často zdůrazňovaných charakteristik, u **špatného** lékaře se objevovaly spíše **pochybnosti o přístupu** kolegů.

Z **úhlu pohledu pacienta** respondenti popisovali dobrého lékaře především kombinací dobré **komunikace, lidskosti a zájmu**. **Špatný lékař** byl víceméně opakem, ale přidaly se k tomu ještě **pochybnosti o jeho odbornosti**. Špatný lékař však byl jen jedním respondentem popsán pouze skrze své odborné nedostatky, ve všech ostatních případech byly přidruženy další charakteristiky (nejčastěji **hrubé chování, diletantismus, nekolegiální chování, nezáměr se učit**).

Z **úhlu pohledu studenta** se pouze polovina respondentů dokázala vyjádřit k lékařovu přístupu k pacientům, druhá ho dokázala hodnotit pouze ve vztahu ke studentům. Charakteristiky byly podobné, ale větší roli zde hrála **odbornost a osobnost lékaře** – především jeho bojovnost a lidskost.

Z **úhlu pohledu kolegy** už byl dobrý i špatný lékař popisován kombinací více charakteristik, čtyři lékaři popsali dobrého/špatného kolegu pouze pomocí odborných kompetencí a chování ke kolegům – tedy nemluvili o vztahu k pacientům.

Zdá se tedy, že komunikace (a chování s komunikací související) je něco, co lékaři považují za důležitou součást své práce. Během rozhovorů všichni lékaři explicitně vyjádřili, že komunikace je v jejich práci důležitá, čemuž odpovídá i fakt, že téměř všichni lékaři (14 z 15ti lékařů) při popisu dobrého/ špatného lékaře začali o komunikaci mluvit spontánně.

### 10.3 Jak si lékaři představují dobrou komunikaci

V rámci svého výzkumu jsem se pokusila zjistit, jak by podle lékařů měla dobrá komunikace s pacientem vypadat. V některých bodech se většina lékařů shodovala, v jiných se jejich názory rozcházely. Hlavní zjištění jsem uspořádala do několika kategorií a podkategorií. Tentokrát se lékaři vyjadřovali i k **neverbální složce komunikace** - úsměv, práce s hlasem a gesta.

- **Vysvětluje**

Pro respondenty byla jedním z hlavních ukazatelů dobré komunikace schopnost lékaře **dobře vysvětlovat** – uvedlo to celkem 8 lékařů. Popisovali důležitost toho **jednoduše a srozumitelně vysvětlovat, nepoužívat odborné termíny (nebo je alespoň vysvětlit)**. Někteří lékaři oceňovali schopnost informaci sdělit **stručně a srozumitelně**, jiní si více cenili schopnosti **nenásilně a postupně sdělit** závažné informace a **volit správná slova**. Také popisovali nutnost **opakovat a zdůrazňovat** některé informace, případně si pomoci názorně – **psanou formou nebo kreslením obrázků**. Tři respondenti také upozorňovali na nutnost odborných znalostí při vysvětlování.

Lékař 15 popisuje, jak by měla komunikace vypadat: „...já jsem vždycky měl názor, že pacientovi bych měl říct, co si myslím, že mu je, že mu uděláme vyšetření, a potom, co si myslím, že mu je, léčba, hospitalizace, aby byl informovaný.“ Lékař 1: „Líbí se mi, když to umí vysvětlit, volí ty správná slova, ty lidi je dokážou poslouchat od začátku do konce, vypadá to, že tomu i rozumí a na konci ještě poděkují.“ Lékař 8 popisuje dobré vysvětlení: „...že to umí říct tak, že tomu rozumí a zároveň to není ani moc neodborný, srozumitelně, rychle krátce.“ Dále popisuje i opačnou stránku: „Mě zarazilo, že starší doktor, když volá rodina, tak jim říká, kolik má prokalcitonin a nevysvětlí to....to bylo pravidelně...někdo se ptal, to už bylo vidět, že mu to vadí to vysvětlovat.“ Lékař 11 také klade důraz na jednoduché vysvětlování: „...já jim to říkám polopatě. Když vidím, že si nejsou jistí, tak jim to ještě řeknu jinak, ale apriori jim to říkám polopatě. Neříkám jim žádná cizí slova a tak...“, také uvádí i to, co za dobrou komunikaci nepovažuje: „Je důležitý, aby tomu ten pacient porozuměl. Zase pozoruju některé a jsou to opět mladší kluci, kteří přijdou a poučují pacienta takovým způsobem, že mu řeknou něco, co ten člověk nemůže pobrat, že to řeknou třeba latinsky, moc odborně a ten člověk jenom přikývne, jak jsou lidi zvyklí přikyvovat a nezeptá se na to. Ale v tu chvíli se chci vždycky zeptat toho doktora, „hele myslíš si, že ta paní ví, co je to divulze?““

Lékař 7 si vypomáhá písemnou formou komunikace: „...tak u starších, hůř spolupracujících tisknu papír – kde je rozpis medikace a ty doporučení ještě zvlášť. Protože se mi stalo, že ty lidi pak berou to, co je na první straně té propouštěčky a berou to s čím přicházeli...“

Lékař 2 zdůrazňuje nutnost vlastních odborných znalostí při vysvětlování: „Popravdě, myslím si, že komunikace s pacientem záleží na dvou věcech a že ani jedna z nich se nedá úplně naučit ve škole....dále pokračuje „ta technická část, což je ta druhá věc, stejně spíš visí od těch znalostí, aby měla prostě ten obsah ta informace, kterou tomu člověkově chceš předat.....Abych já to věděl a abych opravdu měl něco, co mu chci říct, aby to ten obsah mělo, a to je vlastně ta hodnota té informace - je to, co je pro toho člověka důležitý, že prostě vám řeknu: „je to takhle, pomůže ti tohle a tohle s největší pravděpodobností.“ Lékař 15: „...to jsem si říkal, co mu mám říct...a tam člověk naráží i na odbornou stránku, tam nevím, co s ním onkolog bude dělat...“ Lékař 14 mluví o roli znalostí a zkušeností: „....je fakt, že to bylo strašně provázaný s těma znalostma, který máš o tom oboru...většinu pacientů zajímá, jak dlouho budou v nemocnici...a když o tom nemáš šajna, tak jim nemůžeš nic říct... když skoro nic nevíš, tak co jim o tom máš blekotat...ted' když už člověk něco viděl, tak o tom dokáže něco říct.“

Z výpovědí lékařů je zřejmé, že vysvětlování považují za naprosto zásadní. U některých respondentů se však zdálo, že vysvětlení považují za jediný komunikační prostředek.

Lékařka 12: „Takže potom jsem se dozvěděla, že to takhle dělá vždycky, takže asi je to taková jeho póza nebo jako že si chodí postěžovat, protože už mu to bylo opakovaně vysvětleno. Jako chápu, že je to těžký, ale když už mu to bylo opakovaně vysvětleno, tak jsem si říkala, že už by to měl pochopit. Že už mu neřeknu nic nového...už to slyšel několikrát tohleto“. Lékař 5: „Snažím se to vysvětlovat co nejjednodušeje, snažím se nepoužívat rozsáhlá slovní spojení, ale do hlavy jim nevidím.“

- **Vlídny přístup**

V předchozí kategorii šlo spíše o hodnocení komunikace z hlediska obsahu. Respondenti však také (podobně jako při popisu dobrého lékaře) mluvili i o **způsobu**, jakým by se mělo s pacienty mluvit. Celkem 6 lékařů takový způsob popsalo jako **lidský, vstřícný a laskavý**. Někteří udávali, že je důležité **mluvit** s lidmi **hezky, mile, příjemně a slušně**. Někdo si pamatoval spíše dojem, **jaký v něm komunikace zanechala**. Dva lékaři také mluvili o roli **humoru**. Jeden zdůrazňoval i roli zdánlivě jasných pravidel jakými je například **pozdravit a představit se**.

Lékař 7 popisuje vlídnou komunikaci kolegů s pacienty: „Tak lidsky....že když to člověk poslouchá, tak se při tom cítí příjemně, i když jsou to špatné zprávy, tak se necítí zbořeně...že to pohladí...“ Lékařka 3: „Taková vnitřní vlídnost, nastavení, že je ten člověk neobtěžuje, že je tam pro něj, i když to zní trochu jako kliše.“ Lékařka 12: „...je taková lidská, srdečná, taková jako trochu mamina, ale myslím, si, že komunikaci má zmáknutou.“

Lékař 11: „Vlídny lidský přístup, že to nedělám s odstupem. Já se snažím jím být bráchou, matkou, synem prostě podle toho, v jaký je to kategorii a mluvit s nima tak, jak mluvím s dětma, s rodičema, se ženskou...“

Lékař 7: „Chovat se slušně, snažit se být příjemný a milý.“ O slušnosti mluví i Lékař 11 a zdůrazňuje důležitost některých zdánlivě jasných věcí: „Zní to jako banální, ale někdy fakt stačí jen k tomu člověku přijít a představit se, třeba před operací...jsem ten a ten...“

Lékařka 4 někdy využívá humor: „...je dobrý někdy si trochu dělat srandičky, ale jak u koho. Někdo snese i těžce morbidní humor a někdo je takovej depresivní, nebo jinak naladěnej, že to nese.“

- **Neverbální komunikace**

Několik respondentů se vyjádřilo i k neverbální komunikaci, kladli důraz především na **dotyk, práci s hlasem a úsměv**.

- **Dotyk**

Celkem 4 respondenti považovali v komunikaci za důležitou **roli dotyku**, viděli jeho přínos v **navázání kontaktu** nebo v **uklidnění a podpoře** pacienta.

Lékařka 3 pracuje s dotykem: „A spousta lidí jsou haptický typy a mají rádi, když je někdo pohladí,“

Lékař 5: „Dobřej pro ty lidi je dotek, položit mu ruku přes peřinu na nohu, opravdu to tu práci usnadňuje mně a přijde mi, že i pro toho pacienta je to takový milejší.“ Lékař 13 to vidí podobně: „A třeba i při komunikaci s těma pacientama, důraz na ten dotyk a fyzický kontakt, to je podle mě taky hrozně důležitý.....na gesta. To, že toho pacienta třeba pohladili, nabídli mu ať se posadí.“

Lékař 11: mluví o dotyku jako o projevu **porozumění** a **podpory**: „Oni to někteří říknou sami „pane doktore, je to blbý, vidíte?” No je...tak jim podám ruku, nebo je pohladím po rameni, řeknu ať jsou stateční. To se mi jednou takhle stalo u ženský, která přišla u autonehody o muže, vzadu seděly 3 děti, ty byly odvedený pryč, těm umřel táta před očima, ta byla úplně hotová, to se nedalo jinak, než jsem jí tam na tý ambulanci objal, a tak jsme tam stáli a ona dodneška si píše s naší staniční a vždycky mě nechá pozdravovat, to je takový pěkný...takže někdy to takhle vyžaduje i nestandardní postupy, to nejde jinak.“

- **Práce s hlasem**

Dva lékaři popisovali v rámci dobré komunikace práci s hlasem – důležitou roli pro ně hrál především vlídny **tón hlasu**, jeden lékař popisuje důležitost **přiměřeného tempa**, kladení **důrazu** na některá slova a také **práce s tichem**.

Lékař 11 mluví o tónu hlasu: „...říct pár slov, vlídným tónem, ne nějakým arogantním ....“ Lékař 13 si všímá práce s hlasem: „Mluvili pomalu, dávali důraz na nějaká slova, dávali pauzy do vět, když bylo něco zásadního, tak se odmlčeli, aby ten druhý měl možnost projevit emoce, prostě spousta takových detailů.“

## ➤ Úsměv

K roli úsměvu se vyjádřili celkem 3 respondenti, dva ho považovali za součást **vlídné komunikace**, jedna lékařka ho navíc považuje za **projev zájmu**.

Lékař 5 popisuje roli úsměvu v komunikaci z pohledu pacienta: „...to bych si řekl asi já ten doktor se umí i usmát, to je příjemný.“ Lékařka 3 si roli úsměvu uvědomila na základě osobní zkušenosti: „Mně přišlo fajn, když přišel, hezky se podíval a usmál se...že jsem měla pocit, že mu nejsem lhostejná a že to není práce navíc...Takže to, co si pamatuju je, že když někdo přijde a usměje se, tak jsem měla pocit, že mu nejsem na obtíž...a to nic nestojí...ani zdravotnictví...“

- **Poskytne čas – ptá se, odpovídá, vyslechne**

Za důležité čtyři respondenti také považovali to, že lékař **poskytne pacientovi čas, poslouchá ho**, věnuje se mu a dává mu **prostor pro otázky**. Jeden z respondentů považoval za důležité **ptát se** pacienta.

Lékařka 4 považuje za důležitý čas: „...že si na ně udělají trošku čas...to si myslím, že je důležitý. Já si pamatuju spíš celkový dojem, konkrétní věci ti říct neumím.“ Lékař 9: „Poskytne jim ten čas, aby jim mohla odpovědět na jejich otázky.“ dále navazuje: „To, že ten pacient ví, že tam ten doktor je a že se v tu chvíli věnuje pouze jemu, že prostě neodbíhá, že na něj nemluví milion dalších lidí...znovu ten čas.“

Lékař 8 mluví o roli naslouchání: „Hodně takhle ty babičky to potřebujou probrat a vypovídat se, tak když je na to čas, tak se je snažím vyslechnout a říct „no víte, ono už se to chystalo, je vidět, že to bylo tohle“. Ono to kolikrát pomůže, že se s tím smíří.“

- **Zájem**

Celkem 3 respondenti mluvili o důležitosti **zájmu o pacienta**, popisovali ho jako **zájem o člověka jako takového, nejen o diagnózu, snahu pomoci, individuální přístup a oslovení pacienta jménem**.

Lékař 14: „...mně nejde o ty techniky, ale o ten přístup, já z ní cítím ten zájem, stejně jako u kolegy F., spíš si pamatuju, jak to působí celkově. A oni to cítí i pacienti. Tam vidíš, že tam ta snaha je ... . Projevit ten zájem. Že je vidět, že jim chceš pomoci.“ Lékařka 3: „... že je ty lidi zajímaví, že to není jenom kus těla, že se to snaží chápat v kontextu, že o tom přemýšlí a snaží se s nima mluvit, jakoby to byli ti jediný na světě, i když to ten den člověk říká už potřetí.“ Lékař 11: „...třeba to, aby měli pocit, že jsou člověk a ne číslo. Říkám to i sestrám, aby

neříkali paní 10/1. Ale to je spíš v komunikaci mezi mnou a sestrou. Ale když ctíš ten přístup, tak je to podle mě cítit i v té komunikaci s pacientem, si myslím.“

Lékař 7 mluví o předstíraném zájmu: „... i když tě zavolají ve 3 ráno a jsi podrážděný, otrávený, nasraný...tak to na sobě nedat znát a tvářit se, že jsi tam jenom pro ně...“

- **Empatie a autenticita**

Dva lékaři považovali za zásadní pro dobrou komunikaci vlastní **autenticitu** a schopnost **vcítit se do pacienta**.

Lékař 2: „to je otázka podle mě hlavně toho, jak ty jsi schopnej vnímat toho pacienta, jakoby se naladit na tu jeho vlnu, tak to je podle mě to - v podstatě jakoby přemýšlím nad tím, jakým způsobem on to může pochopit tak pak, jako to je podstata celý té komunikace, a když právě to blbě odhadnu, nebo to neodhadnu tak dobře, tak ta komunikace třeba nefunguje tak dobře.“ Dále zdůrazňuje roli autenticity: „fakt funguje ta upřímnost Když vím, že to fakt chci jakoby jim říct... nemám, ale v medicíně moc nemáš postranní úmysly žádný, ale zároveň nemáš pocit, že bys měla něco zakrývat v té informaci, tak je to lepší, když se musím něčemu vyhybat tak je to většinou složitější a ty lidi stejně poznaj, prostě normální průměrně inteligentní člověk pozná, když mu něco skrýváš.“

- **Partnerský přístup versus povýšenost**

V tomto bodě se respondenti neshodli. Dva lékaři považovali za součást dobré komunikace **partnerský přístup – nechovat se povýšeně, přiblížit se lidsky k pacientům**, jedna lékařka naopak viděla v **povýšeném způsobu** komunikace cestu, jak si **získat autoritu**.

Lékařka 4 preferuje partnerský přístup: „Myslím, že je dobrý, když s těma lidma nejednáš moc paternalisticky...se ženskýma občas udělá dobrotu, když řekneš...já mám synka a ten dělá tohle...prostě zabrousíš do takový osobní roviny, že se jim přiblížíš jako člověk...zvlášť ta starší generace má občas pocit, že ten pan doktor je někde na nějakým piedestálu a že to vlastně není normální člověk...tak trochu jako Hrušínský ve Vesničce...“to mě taky bolí.“ Lékař 11: „...když to říkáš moc shora, povýšenecky, tak si ten člověk říká, co si myslí, že je...“

Lékařka 12 naopak popisuje povýšené jednání jako způsob získání autority: „Jedna kolegyně s pacientama jedná možná trochu povýšeně, ale oni zase v ní vidí tu autoritu a to si myslím, že není špatný. Asi v ní vidí víc tu autoritu, než v jiné kolegyni, která je srdečnější. Takže to se mi líbí, to, že se staví do pozice autority, protože vzhledem k tomu, že lékař dává nějaký rady, tak by asi měl být vnímán jako autorita.“

- **Neříkat všechno**

Respondenti považovali za důležité vše dobře pacientům vysvětlit, ale 3 lékaři také zdůraznili, že **není dobré říkat všechno** a že někdy je vhodné i něco **zamlčet**.

Lékař 11 mluví o nutnosti některé informace nesdělovat: „Neříct jim taky všechno. Nebudu říkat pacientovi, že jsem před rokem proťal choledochus a že to je hrozná komplikace, něco se musí zatajit.“ Lékařka 3 to vidí stejně: „...a nemá smysl jim říct, že měli přijet o 3 dny dřív, že by bylo všechno jinak, i když bych si to sebevíc myslela, tak ne, že zalžu, ale nějak jim řeknu, že jsme s tím my nemohli nic dělat....“

- **Uklidnit versus vystrašit**

V tomto bodě se lékaři také rozcházel. Několik lékařů považovalo za součást dobré komunikace pacienta **uklidnit**, někteří preferují **uklidnění slovem před užitím farmak**. Dva lékaři naopak považují za vhodné pacienty někdy trochu **vystrašit** za účelem **zvýšení jejich motivace k léčbě**.

Lékař 7 mluví o uklidnění pacienta: „Ono to fakt pomůže, ten rozhovor někdy léčí líp než ty léky“ Dále popisuje svou zkušenost: „Jo, často v noci na urgentu, když tam někdo přijde pro dekompenzovanou hypertenzi nebo s nespecifickými příznaky, tak stačí si s nima trochu promluvit, uklidnit je, říct jim, že je to vlastně dobré, výsledky v pořádku...“ Lékař 11 také mluví o uklidnění: „nebo jsou tací, co je nic nezajímá, tak jestli je nic nezajímá, tak uklidnit je“.

Lékařka 12 využívá vystrašení k motivaci pacienta k léčbě: „...tu negativní zprávu neříkám každému, jenom pacientům, který chci postrašit... třeba cukrovkářům, kteří nemají kompenzovanou cukrovku, tak těm říkám, že to není úplně dobré a že by s tím měli něco dělat, protože to mají ve svých rukách.“ Lékař 5 to vidí podobně: „Většinou vystrašení, že můžou i umřít, je dobrý to občas říct. Když nebudete brát léky, budete mít dlouho dekompenzovanou cukrovku (i když používám jiný výrazy), může vám to poškodit cévy a můžete do pěti let umřít na infarkt.“ Lékař 15 naopak tuto strategii nepoužívá: „Já se nesnažím jim vyhrožovat, ve smyslu musíte brát tenhle lék, nebo umřete...to se nesnažím...“



## 10.4 Příprava lékařů na komunikaci s pacientem

Další výzkumnou otázkou bylo, jak lékaři vnímají svou přípravu na komunikaci s pacientem. V našem výzkumném souboru se 13 lékařů (z 15ti dotazovaných) během studia na lékařské fakultě setkalo nějakou formou výuky komunikace (ať už se jednalo o samostatný předmět nebo o několik přednášek v rámci jiného předmětu – nejčastěji psychologie, etiky nebo psychiatrie), pouze 2 respondenti (z řad starších atestovaných lékařů) odpověděli, že se s výukou komunikace během studia nesetkali vůbec.

Většina (celkem 11 lékařů) udává, že pro ně výuka komunikace **neměla téměř žádný přínos do praxe a to bez ohledu na formu výuky** (přednáška, seminář, role-play, sebezkušenost). Pouze dva lékaři viděli ve výuce určitý přínos – jeden lékař si z přednášek odnesl **fakt, že komunikace má důležitou roli**, další lékařka popisuje přínos v podobě **ztráty ostychu v projevu před lidmi**.

Téměř u všech dotazovaných lékařů probíhala **výuka komunikace** během prvních tří let studia, tedy **preklinicky**, někteří lékaři vyjádřili, že bylo těžké si z předmětu něco odnést i proto, že se v té době ještě v rámci studia s pacienty skoro nesetkali.

Níže uvádím několik faktorů, které podle lékařů hrály zásadní roli v neúspěchu výuky komunikace na škole:

- **Vnímaná nedůležitost**

Devět lékařů udává, že během studia považovali výuku komunikace za **nedůležitou ve srovnání s ostatními předměty**, popisují předmět jako **okrajový, s lehkou zkouškou**, na kterou se nebylo třeba nijak zvlášť připravovat. Dále lékaři dodávají, že si na škole ještě neuvědomovali roli, **jakou hraje komunikace** v praxi lékaře a **uvědomili si to až po nástupu do praxe**.

Lékařka 10: „No...měli jsme kurz psychologie a etiky, ale to byl takový ten nedůležitý předmět...byly tam ostatní důležitější, ze kterých se dělaly ty velké zkoušky, takže jsem si z toho nic neodnesla.“ Lékař 14 navazuje: „...ona to byla zkouška, která se nepovažovala za ty důležité, většinou tam člověk přišel, učil se to krátce a nějak to dal.“ Lékař 11 to popisuje detailněji: „Vůbec nic mi z toho neutkvělo, my jsme všechny tyhle předměty takový ty nepodstatný brali dost hákem, jako že je to zbytečný, nedůležitý...no chytrý medicí, jakože potřebuješ vědět operovat a taková nějaká etika, to ti dají tu zkoušku a od toho se odvíjela i ta naše snaha tam chodit...“ Lékař 13 se vyjadřuje v podobném duchu: „Ono to v tu chvíli člověk nevidí, jako zásadní...z toho se ty státnice nedělají. Nebo nedělá se z toho zásadní zkouška.“ Dále popisuje, kdy začal

komunikaci s pacientem vnímat jako důležitou: „Asi od prvního dne. Když jsem byl na oddělení a musel jsem těm rodinám nějak smysluplně vysvětlit, co je těm jejím příbuzným a pak třeba i těm pacientům, a když se mě zeptali, jestli půjdou domů, tak jim nějak smysluplně říct, že třeba půjdou nebo ne...a to se učí člověk třeba furt.“ Lékař 15 má podobný názor, zároveň zdůrazňuje roli komunikace: „Když to vidím teď zpětně, tak je to skoro to nejdůležitější v té medicíně. Ale na škole si myslím, na medicíně, ty lidi si to ještě neuvědomují...“.

Lékař 2 to vidí podobně: „No, ve škole jsme to moc neřešili, ale dokonce jsme měli na naší škole i asi půlroční seminář na komunikaci, což asi bylo tenkrát progresivní, nicméně jsem si pod tím tenkrát neuměl nic představit, takže jsem si z toho ani nic neodnesl. ...myslím, že během té školy tě to nezastihne v té pozici, aby sis z toho vzal to, co potřebuješ.“

- **Nepřenositelnost do praxe**

Pět lékařů popisuje nepřenositelnost výuky do praxe. Poukazují na výuku ve formě seminářů jako na nepraktickou a nudnou, zároveň mluví o nereálnosti nácvikových situací, které popisují spíše jako zábavné než přínosné. Dva lékaři přidávají kontrast s reálnou lékařskou praxí – popisují, že v praxi na komunikaci tak, jak se učí na škole, není čas.

Lékař 14: *Tam ty cvičení probíhaly mezi náma, my jsme se všichni znali, tak to asi nemělo takový efekt, ale nikdy to nebylo tak, že bysme šli v nemocnici na nějakýho vážného pacienta s tím zkušeným doktorem a ten by nám řekl, hele ten pacient má tohle a tohle...je to takhle vážný...a zemře v nějaké době, tak to tam nebylo...prostě ta praktická stránka, to je stejně nejdůležitější...* Lékař 5 to dále rozvíjí: „*Byly to scénky, třeba ve dvou a lékař měl pacientovi oznámit, že umírá...no...asi se to nedalo dělat moc s vážnou tváří...asi to bylo i tím, s kým jsem tu scénku předváděl...to se člověk nenaučí nějakýma blbýma scénkami, to se člověk naučí až když před sebou má toho umírajícího pacienta a vidí, že mu není dobře a že umírá. A do té doby to nejde brát vážně, dokud se do té situace nedostane a nevidí, jak na to ty lidi reagují, pak vás ani nenapadne se smát.*“

Lékař 2 to shrnuje takto: „*Prostě na škole je člověk hlavně veselej.... Takže veškerý tyhle nácviky skončily tím, že jsme si z toho dělali hroznou srandu, což bylo fajn, ale že by mi to pomohlo, to asi nepomohlo.*“

Lékař 8 mluví o nepřenositelnosti poznatků do praxe „*Jo, na psychologii i na psychiatrii to hodně zmiňovali, ale na to podle mě v našem zdravotnictví není čas...*“ Lékař 1 popisuje kontrast s praxí do většího detailu: „*No v jednom předmětu, lékařská psychologie, tam nás učili, jak komunikovat s pacientem ... ty základy. No jinak to bylo na papíře a jinak to bylo v reálu. To jsem si říkal, že byl takovej strojený předmět, protože se nás tam snažili učit, že teda oslovovat pacienta takhle a takhle, ale samozřejmě ta realita je jiná, není na to čas... takže samozřejmě, že ten pán je Karel Vomáčka a přichází s tím a s tím, ale ve skutečnosti je to zlomenej kotník na čtvrtý posteli a takže asi tak... to mi přišlo takový úsměvný.... Tenhle předmět byl preklinický, do té doby jsme na klinice nebyli, pak jsme se ocitli na těch klinikách a tam jsem si na to vzpomněl a říkal jsem si, aha, tak přesně tak to nemá bejt.*“

- **Neadekvátní naplánování lekci**

Dva lékaři vidí další důvod neúspěšnosti výuky v **neadekvátním naplánování lekci** – uvádějí například **špatné načasování** (jak v kontextu celého studia, tak v rámci týdenního rozvrhu), **horší dostupnost, velké množství lidí a nudnou výuku**.

Lékař 7 to popisuje takto: „Ve čtvrtek o 17 hodině večer a bylo to na opačné straně města...takže si umíš představit, jaké to bylo. Bylo to ve špatnou dobu, na konci týdne a byli jsme už vyštavení...ona se ta ženská snažila, i na psychologii se snažila, i když ten předmět byl na prd...Freud a nějaké blbosti....možná jsem čekal, že se tam naučím komunikovat...ale v tom rozsahu, kde bylo 40 lidí se to nedalo...“ Lékař 2: „Byly to takové praktika, ale byly to v podstatě přednášky, ale bylo nás méně a oni nám přednášeli a pouštěli ty slidy...a bylo to interaktivní, ale komu by se chtělo přemýšlet, odpoledne“. Lékař 7 popisuje špatné načasování v kontextu celého studia: „my jsme to měli ve 2.ročníku, v době, kdy jsme s žádným pacientem ještě nemluvili....to bylo úplně na hlavu...určitě 4.-5.ročník by byl lepší, když už za těmi lidmi chodíme a musíme se jich nějak ptát. Aby nás to připravilo na ten šesták, když už tušíme...protože takhle je to strašně dávno člověk to zapomněl i to, co mohl aplikovat.“

Dvě lékařky mluví o tom, že nejvíce si o komunikaci s pacientem vzaly **mimo formální výuku komunikace**.

Lékařka 12: „Potom až když jsme měli klinickou praxi s jedním starším lékařem, tak nám říkal, že pacient nepozná dobrého a špatného lékaře, ale pozná, jak lékař s pacientem jedná a podle toho pacient soudí, jaký je vlastně lékař. Že vlastně pacient nerozezná dobrou a špatnou léčbu, ale pozná, jestli s ním někdo jedná příjemně nebo nepříjemně.... to bylo něco tak jednoduše shrnutého v jedné větě. Něco, co už jsem věděla, ale poprvé sem slyšela někoho to říct. Takže je to taková věta, kterou jsem si často říkala, když jsem pracovala.“ Podobnou zkušenost popisuje lékařka 4: „Ne, jenom jednou, v oboru ošetrovatelství, tak tam nám řekli „představte si, že tenhle váš pacient je vaše babička“ a to bylo všechno, co jsme o etice kdy měli.“

Lékaři udávali, že se komunikovat učili především **vlastní praxí a pozorováním zkušenějších kolegů**. Roli hrála také **schopnost vcítit se do role pacienta** – představit si, jak by to chtěli slyšet oni, jak by mluvili s někým ze svých příbuzných. Někteří měli zkušenost s dalším vzděláním ve formě interaktivních kurzů komunikace.

Celkem 8 lékařů se po absolvování studia zúčastnilo nějakého kurzu zaměřeného na komunikaci. Většina se týkala paliativní medicíny a sdělování špatné zprávy, jeden byl v rámci předatestační přípravy pro praktické lékaře a jeden kurz byl zaměřen na komunikaci obecně (tedy ne na specifika komunikace s pacientem). Všichni lékaři tyto kurzy považovali za přínosné. Jako největší přínos opakovaně udávali, že si vyzkoušeli **sdělování špatné**

**zprávy**, uvědomili si, že **zdrojem nedorozumění** s pacientem (nebo s rodinou) může být **neschopnost člověka zaplaveného emocemi naslouchat racionálním argumentům**. Přínosem byla také **zpětná vazba** k jejich vlastní komunikaci a možnost vidět, **jak s pacienty mluví ostatní**. Jeden lékař vidí přínos v možnosti **sdílet své zkušenosti a pocity** s ostatními a získat náhled na **vlastní problematické případy**, další lékař uvedl přínos v uvědomění si role **neverbální komunikace**.

Dále se respondenti vyjadřovali k tomu, zda výuka komunikace má pro lékaře smysl. Tři lékaři se domnívali, že komunikaci nemá smysl učit – dle jejich názoru se jedná spíše o vrozenou schopnost a za nejlepší školu považují samotnou praxi lékaře. Větší část respondentů (12 lékařů) považuje výuku komunikace za smysluplnou. Polovina z nich zastávala názor, že by bylo přínosnější výuku zařadit spíše do postgraduálního vzdělávání, druhá polovina by ji preferovala už na fakultě.

Většina lékařů se shodla na tom, že by jim vyhovovalo **základní doporučení, modelové situace a zpětná vazba**. Co se týče témat, většina respondentů by do kurzů zařadila **sdělování špatné zprávy**, opakovalo se také téma **práce s agresivními pacienty** či **pacienty pod vlivem návykových látek**. Dva lékaři by zahrnuli i školení na **komunikaci s kolegy**. Tři lékaři viděli smysl i v trénování komunikace s „běžnými“ **pacienty**. Jedna lékařka zdůrazňovala potřebu naučit se sdělovat špatnou zprávu u všech lékařů, nejen u těch, kteří se často setkávají s umírajícími pacienty: Lékařka 3: „...*doporučuju to všem kolegům, ať tam jedou úplně všichni, protože si myslím, že by to měli umět všichni, nejen anesteziologové, kteří se se smrtí setkávají často, ale všichni doktoři, kteří sdělují to: „vaši mamince jsme uřízli nohu, protože má cukrovku“...to si myslím, že je dostatečně nepříznivá zpráva...nebo tomu člověku...to si myslím, že by tím měli projít určitě všichni.*“ Jeden lékař navíc kromě výuky komunikace vidí jako zásadní více propojit výuku s praxí, aby se studenti učili o pacientech a ne pouze o diagnózách. Lékař 9: „...*vrátit to zpátky k tomu, aby se mluvilo o nemoci v pacientovi a ne jenom čistě o nemoci a mechanicky se čistě naučit o ledvině o játrech - když bude tohle, tak bude tak...ale nikdo neřekne, že Franta si bude myslet, Franta se bude ptát...vrátit ty doktory zpátky k pacientům v tom vzdělávání.*“

Z výpovědí lékařů se zdá, že přestože již řada škol do svých osnov výuku komunikace zařadila, její přínos je přinejmenším otazný. Hlavním důvodem, proč lékaři považují výuku komunikace na lékařské fakultě za nepřínosnou je její vnímaná nedůležitost. Tu na straně jedné určují sami vyučující – zkouška je lehká, na předmět není potřeba se připravovat, a tak se studenti raději věnují „podstatnějším“ předmětům (tedy těm, na které je potřeba se učit více). Na straně druhé zde hraje roli samotná nepřipravenost studentů něco si z výuky odnést

– výuka v prvních třech letech studia je především teoretická a medicíni mají malý kontakt s praxí na to, aby si mohli již během let na fakultě uvědomit všechna úskalí komunikace v medicíně a spousta otázek spojených s tímto tématem pak přichází až v samotné praxi.

## 10.5 Překážky v komunikaci s pacientem

Dalším z cílů výzkumu bylo zmapovat, jaké překážky vnímají lékaři při komunikaci s pacientem. Překážky jsem rozdělila do několika kategorií. V některých bodech se respondenti shodují, v jiných se jejich názory rozcházejí.

- **Čas a časový stres**

Jednou z hlavních překážek, kterou udávala většina lékařů (celkem 11), byl **čas a časový stres**. Devět lékařů začalo o čase mluvit spontánně, dvě lékařky ho uvedly jako překážku až na cílený dotaz. Většina lékařů mluvila o nedostatku času v souvislosti s řadou dalších povinností – zejména s **administrativní zátěží**. Polovina lékařů spojovala časový stres s **počtem pacientů** – popisují, že je stresuje, když vidí, kolik lidí na ně čeká. Dva lékaři **spojovali otázku času s ochotou naslouchat pacientům**, popisovali, že když mají čas, jsou ochotní s pacienty déle mluvit a naslouchat. Někteří také zdůrazňovali, že někdy spěchají, aby „nahnali čas“ a měli rezervu, kdyby přišel pacient, který na tom bude hůř a bude potřebovat více jejich času. Dva lékaři mluvili v souvislosti s časem o tlaku ze strany pojišťoven a vedení nemocnice. Někteří také přiznali, že **když pracují rychleji**, jsou si vědomi toho, že jim **pacient nerozumí** nebo že **nestihnou zdůraznit** zásadní informace a musí se spoléhat na to, že si pacient vše přečte ve zprávě.

Lékaři se významně lišili v délce času stráveného s pacienty, od velmi krátkého časového úseku - 2-3 minut během vizity na oddělení, přes 5-6 minut na ambulanci až po 10-20 minut. Výjimečně se objevovaly delší časové úseky – až jedna hodina u lékařů, věnujících se pediatrii a paliativní medicíně. Řada lékařů nedokázala určit, kolik času s pacientem stráví, protože to bylo velmi rozdílné podle potřeb daného pacienta.

Lékařka 10 mluví o nedostatku času: „*Jo, tak času je málo.... Mám za 8 hodin 24 pac., takže na každého cca 20 min, už jsem se naučila nechodit na obědy. Ale potřebovala bych tak o třetinu času navíc.*“ Lékař 8: „*Určitě čas, odbývám rodinu i lidi, když mě tlačí čas ...*“

Lékař 13: „*A ještě když vím, že pospíchám, a vím, že se mnou chce někdo mluvit o něčem vážném třeba zhoršený stav, úmrtí, tak když vím, že prostě nemám čas...když mám dvě konzilia na urgentu, 2 příjmy a přijde někdo z pacientů, že se chce bavit...*“

Lékař 11 mluví o časovém stresu: „*...dneska konkrétně časovým stresem, protože mi volali, že mám jít na sál, měl jsem jít ještě s tebou, já jsem to měl takhle vymyšlený, že půjdu i dřív a do toho mi volali, ale já jsem tam měl pacienty a už byl pacient na sále...čas...čas nemáš.*“ Lékař 13 popisuje subjektivní vnímání nedostatku času: „*No spíš bych potřeboval vytěsnit takovej ten pocit, že pořád někam pospíchám, že už jsem*

*měl někde být...ona ta práce by mi neutekla, ale je to takovej můj vnitřní pocit „už bys měl dělat něco jinýho, tak pohni“, že trošku honím sám sebe...a asi bych nemusel.“*

Několik lékařů mluvilo o nedostatku času na pacienty z důvodu vysoké administrativní zátěže. Lékaři udávají, že většinu své pracovní doby stráví administrativou. Z jejich výpovědí je zřejmé, že v každodenní praxi je administrativa prioritou před kontaktem s pacientem. Jeden z lékařů dokonce explicitně rozděluje činnost na svou práci a kontakt s pacientem. Zde se nabízí úvaha nad **koncepcí práce** v dnešní medicíně, tedy co vlastně lékaři považují za hlavní náplň své práce a také se co se od nich očekává.

Lékař 7 zdůrazňuje množství dalších povinností: *„Hodně práce a není čas na nic, pořád sedím před počítačem a nekomunikuju s lidmi, protože není čas, protože člověk musí ťukat v papírech, telefonovat, zařizovat...takže člověk vidí pacienta na pár minut denně a pak už ho nevidí, jen ťukám a ťukám...“* Lékař 1 zdůrazňuje administrativní zátěž: *„Neskutečný množství papírů, který si myslím, že jsou zbytečný. Procentuálně 85% času trávím s papíry, 10% s pacienty a 5 % operativou.“*

Lékař 5 rozděluje svou činnost na „svou práci“ a na kontakt s pacientem: *„No, tak já se většinou snažím těm lidem dát ten čas, ale potřebuju udělat i svoji vlastní práci a těm lidem domluvit různý vyšetření a čas na to přemýšlet nad jejich chorobami a nad jejich léčbou a nemůžu si dovolit strávit celý den tím, že se s nima budu bavit.“*

Tři lékaři spojují otázku času s **ochotou naslouchat** pacientům. Například Lékař 11: *„...kolikrát víš, že to určitě nestíháš a ty lidi ti vykládají takové ptákoviny, jinak mi to nevdají...když je čas, tak si klidně sednu, opřu se a nechám je mluvit.“* nebo Lékař 9: *„... když mám víc času, jsem ochotnější, takže je to v kruhu. Když mám málo, tak jsem takovej víc nasranej, odměřenější, ale nakonec to stejně udělám a ten čas doženu do extrému na hranu a pak jsem samozřejmě víc nasranej sám na sebe, takže si tím ubližuju, ale nevím, jak to zastavit.“* Dále vyjadřuje svůj názor na to, co je překážkou v komunikaci s vážně nemocnými pro jeho kolegy: *„Pak jsou to ti doktoři, kteří by chtěli, ale nemají ten čas a těch je teď opravdu hodně. A kdyby se jim poskytl ten čas, aby měli jedno odpoledne, aby se pověnovali ne všem pacientům, kterým to ještě nikdo neřekl, ať dostanou jednoho, dva a opravdu se mu budou moct věnovat...“*

Lékař 1 popisuje, že se celý den snaží co nejefektivněji využívat čas, aby měl časovou rezervu pro pacienta, který by ho mohl potřebovat: *„ A hlavně ty diagnózy jsou každá jiná, takže nejde někomu věnovat 15 minut, když vím, že je někdo, komu bych potřeboval věnovat 30 minut, ale já je nemám...tak radši uberu 10 minut nějakému vejserkovi, kterej tam jde úplně zbytečně a radši je přidám někomu, u koho vím, že je mu třeba něco závažnějšího.“*

Lékař 1 si je vědom toho, že pacienti při rychlém pracovním tempu informacím nemusejí porozumět: *„No vůbec tomu nerozumí...“* dále vysvětluje *„prostě v tom fofru, který v nemocnici panuje, tak mu člověk napíše tu zprávu, řekne mu to, co je napsaný v té zprávě, řekne mu to, zeptá se ho „rozumíte*

všemu?“ on to odkýve a potom, to se mi stalo zrovna včera, za hodinu přijde, že vlastně vůbec neví o co jde.“ Lékař 14 to vidí podobně: „...ale když víš, že tam máš další lidi, tak to zvládneš za polovic času a dáš to třeba za 15-20 min, ale potom třeba nevysvětlíš, co je důležitý pro ty záda, hlavně to rehabilitovat...řeknu to vždycky, ale možná to zapadne v té záplavě informací v tom krátkém čase.“

Lékaři také spojovali časový stres s **tlakem ze strany vedení a ze strany pojišťoven.**

Lékař 9: „Ten prostor na tu komunikaci s pacientem jsme si sami omezili z toho důvodu, co nás tlačí pojišťovny a zaměstnavatel a dělat výkony, body a ne na člověka jako osobu. Ta medicína jde tak dopředu, že se odosobnila.“

Lékař 1: „Tu práci máme dělat na 120 % a člověk je tam jako mezi dvěma mlýnskýma kamenama...z jedné strany je tlačenej těma lidma k nějakýmu maximálnímu výkonu, o kterým ani není přesvědčený, že to zvládne, a z druhé strany je tlačenej ze strany vedení, který to po něm chce a chyba se netoleruje.“

Lékař 11: „...třeba tohle by stačilo, mít možnost se seknout, aniž bych se za to musel zpovídat, že proč to tak děláš...proč se s tím tolik sereš, jako primář volá...“

Řada lékařů popisovala, že by **ocenila více času na pacienta** nebo alespoň **možnost tím časem lépe disponovat** – zůstat déle v práci a nepřehazovat tak při pomalejším pracovním tempu svou práci na kolegy. Jiní naopak **nejsou ochotni zůstat déle na úkor svého osobního života** (tento aspekt podrobněji popisují v podkapitole, která se zabývá hranicemi lékařů).

Lékař 11 : „Abych měl možnost to protáhnout, protože ty nevíš, kolik času budeš na koho potřebovat, protože všichni se objednávají stejně a aby byla ta možnost přetáhnout hodinu, dvě po ordinaci době...abych nebyl ve stresu, že sestřička má autobus ve 4...“ Lékař 1 by ocenil více času na jednoho pacienta: „... právě na to by se hodilo mít těch 15 min, jenom s tím pacientem, kde by za ten den měl jenom 10 lidí, který by mohli přijít, mohli by mluvit a ptát se na to, na co chtějí, pak by to možná pobrali.“

Čtyři lékaři vyjádřili, že pro ně **nedostatek času není překážkou**. Dva z nich byli z oboru anesteziologie, jeden z očního lékařství a jeden praktický lékař. Poslední z nich udává, že pociťoval časový stres, než u sebe změnil systém objednávání, zároveň udává, že v práci zůstává déle.

Lékař 2 popisuje svůj pohled na otázku času: „Tak to je můj problém. . . ne těch lidí. Ale jako zjistil jsem, že když potřebuju fakt něco udělat, všechno ostatní počká a prostě mám objednávací systém, a když prostě potřebuju, tak prostě mám zpoždění no. . . a ty lidi to prostě bohužel musí zkousnout. Dokud jsem třeba ten objednávací systém neměl, tak jsem cítil takovej pocit tenze. . .“ Podle Lékařky 3 je nedostatek času více



charakteristický pro některé obory: „Času si myslím, že mám dost. To si myslím, že bude problém interny, chirurgie...moji pacienti buď spí nebo jsou v bezvědomí, většinou. Takže moc nemluví...tam kde mluvíme hodně je ambulance, tam mají svůj prostor se ptát a všechno si vykomunikovat, to si myslím, že je taky v pohodě. Na sále se to dá taky vykomunikovat. Takže nemám pocit, že bych měla nedostatek času na komunikaci.“

- **Počet pacientů**

Osm lékařů mluví o stresu spojeném s **velkým množstvím pacientů**, mluví o **pocitu tenze**, když mají větší **množství lidí v čekárně**. Počet lidí **úzce souvisí s časem**, ale vzhledem k tomu, že ho lékaři zmiňovali často i odděleně, rozhodla jsem se ho uvést samostatně.

Lékař 11: „Když mám dalších 5 v čekárně, tak mám kontrolku v hlavě, že bych se neměl dlouho to...vykecávat.“ Lékař 13 považuje počet pacientů za jednu ze dvou hlavních překážek: „*To je asi nejzákladnější – čas a že jich je hrozně moc těch pacientů.*“ Lékařka 4 to popisuje detailněji: „*Já jsem třeba hrozně vyervovaná, když se mi tu hromadí lidi, ještě jsem si na to nezvykla...vím, že jiný ambulantní doktoři...klidně si odejdou, plná čekárna lidí a oni jdou pryč...to já nezvládám, mě to stresuje, ale to je můj problém...*“

Lékař 9 také mluví o velkém množství pacientů: „*... je jich prostě moc..... Ty karcinomy jsou unavený, ty chopňáci se aktivně dusej a tam se to vůbec nebere v potaz...my je zaléčíme a pošleme je domů a oni se nám vracej až nakonec prostě umřou, ale měl by taky s nima někdo promluvit, jenže těch lidí je hrozně moc a těch doktorů je málo.*“

- **Nedostatek klidu na rozhovor**

Jako další překážku popsalo celkem 5 respondentů **rušivé okolnosti** – konkrétně **rušivé prostředí** – hluk, další osoby v místnosti (které udávali především lékaři pracující na ambulancích). Některým lékařům bylo **nepříjemné mluvit s pacientem před dalšími lidmi**. Lékaři zdůrazňují, že by na rozhovor potřebovali **více klidu**. Výrazným stresorem bylo také **přerušování rozhovoru**. Dva lékaři také viděli překážku v nedostatečné návaznosti péče – především vnímali omezení v tom, co lze zvládnout během jediného kontaktu s pacientem.

Lékař 1 popisuje rušivé prostředí: „Já bych potřeboval klid, ticho a tak dále... ne žádný ševelení, stresový faktory, atd.“ Lékař 5 to vidí podobně, zároveň popisuje nervozitu, když má mluvit před dalšími lidmi: „Musí k tomu být klid, když tam zrovna sanitářky převlíkají postele, nebo tam poslouchají žákyňky nebo

sanitářky, tak mně se vždycky před publikem mluví hůř...“ Pro lékaře 13 je také obtížné mluvit před dalšími lidmi, obává se hodnocení: „Mám problém mluvit s pacientama, když je víc lidí v místnosti – je tam rodina, jiní kolegové, nebo třeba na urgentu, kde to tam všichni poslouchaj, tak to vnímám jako můj vnitřní problém. Mám pocit, že mě někdo pořád pozoruje a možná soudí, že jsem se měl možná zeptat jinak. To je mi fakt jako nepříjemný...“

Lékařka 4 popisuje omezení jednoho kontaktu „Jde o to, že ten doktor se mu to snaží říct nejlíp, jak to jde, ale třeba už nemá tu příležitost, aby se to probralo opakovaně. No a to si myslím, že se spousta toho dobrýho v tom vytratí.“

### ➤ **Přerušování rozhovoru a telefonů**

Významný rušivý prvek, který zde uvádím zvlášť jako samostatnou podkategorii, viděli lékaři v častém přerušování rozhovoru s pacientem, konkrétně **přerušování hovoru zvoněním telefonu a otázkami sester**. Zároveň si byli vědomi toho, že se jedná o výrazný stresor jak pro ně, tak pro pacienty.

Lékař 1: „... byt' už třeba jenom ta sestřička, nebo ty telefony, který by tam nezvonily jak na běžícím páse a nerušily jak toho pacienta, tak toho doktora, tak by se to mohlo zlepšit...“ Lékařka 4 to vidí podobně, zároveň popisuje vliv rušivých faktorů na pacienta: „...když tady toho pacienta máš, o něčem důležitým si povídáte a furt ti do toho někdo volá, to je nepříjemný...je to takový zpřetrhaný...někdo má pocit, že tě zdržuje a někdo má pocit, že si na něj neuděláš čas...“ V podobném duchu se vyjadřuje lékařka 6: „když dělám příjem, do toho mi zvoní telefon, něco po mě chtějí...potom je mi to blbý vůči těm rodičům, že nemáš čas jenom na ně. To, co jsem říkala, že se mi líbilo u toho doktora...ale když mi tam zvoní ten telefon, tak to nemůžeš úplně ignorovat, když se chce po telefonu poradit nějaký rodič, pak ti volají sestřičky, že máš jít nahoru, tak už je to takový rozškouskovaný, ale to jsou ty vnější okolnosti, který neovlivníš.“

### • **Únava lékaře**

Únavu vnímalo jako překážku 5 lékařů. Někteří navíc rozlišovali **únavu fyzickou a psychickou**. Dva lékaři únavu jako překážku nevnímali. Dva lékaři zmínili také **denní dobu** – jeden v ní viděl překážku, druhý to tak nevnímal.

Lékař 13 vnímá únavu jako překážku: „Jasně, když jsem unavenej nebo po službě, tak to vážně a po volným víkendů to jde samozřejmě líp.“ Lékařka 6: „Když jsem unavená, tak se přeříkávám.“ Lékařka 10: „A taky se mi hůř mluví s lidma, když jsem unavená.“ Lékařka 12 mluví i o psychické únavě: „Záleží, jak jsem unavená, jak tělesně, jestli zrovna nemám hlad (smích), nebo kolik pacientů už mě předtím našťvalo, nebo

*jestli už jsem musela tu energii nějakým způsobem vydat.“ Lékařka 4 mluví o psychické únavě: „... jo únava hlavně psychická, o fyzickou stránku věci tolik nejde.“*

Lékařka 3 nevnímá únavu ani denní dobu jako překážku: „... *když je to vážný a mám pocit, že dělám medicínu, tak si myslím, že to na moji práci není znát....ani jak jsem unavená, ani kolik je hodin*“. Lékař 2 to vidí podobně: „*Nevím. Měl jsem pocit, jestli jsem vyspalej, nevyspalej. ... jestli jsem po vopici...jestli jsem unavenej...ale není to tím... to prostě zrovna v tu chvíli... něco se povede, něco se nepovede a to je pořád stejný...někdy to prostě úplně nesedne nebo se to pouto, který zrovna funguje, tak se najednou třeba ztratí.*“

- **Psychická pohoda versus nepohoda**

Lékaři mluví také o svém aktuálním rozpoložení. Dva lékaři udávali, že je pro ně **důležitá jejich psychická pohoda**, jiní dva udávali, že se to snaží od práce oddělovat a že to na jejich komunikaci s pacientem **nemá vliv**.

Lékař 14 vidí svou psychickou pohodu jako něco, co ovlivňuje jeho komunikaci: „*Záleží i na tom, jestli jsem já v pohodě. I co se děje v mojí rodině...někdy je těžší mít ten zájem.*“ Lékař 8 nevidí ve vlastní náladě překážku: „*Moje nálada, rozpoložení ...to ne...to si snažím nechat na domu.*“ Lékařka 4 to vnímá podobně: „*Když ti není fyzicky dobře, máš rýmu, bolí tě břicho, tak je to naprd...ale je fakt, asi když s těma lidma tady v té ambulanci jsem, tak na hodně věcí dokážu zapomenout, nebo to vytěsňím...kdyby se mi stal nějaký hodně vážnej průser, tak asi by to nešlo, ale ty běžný nepohody se většinou dají zvládnout. Ta práce tě do jistý míry pohltí a snažíš se těm lidem poskytnout nějakou profesionální službu, že ti záleží na tom, abys jim pomohl. Ale nevím...asi jako herec, když jde na jeviště, tak musí fungovat i když mu právě přejeli psa.*“

- **Vlastní hranice a péče o sebe**

Do této kategorie jsem zařadila překážky, které narážely na **osobní hranice** respondentů. Na rozdíl od lékařů, kteří mluvili pouze o čase a ocenili by možnost zůstat v práci déle, dva lékaři popisovali také nutnost **pečovat o sebe a o svůj osobní život** – například nezůstávat dlouhou přescas (více je téma času rozebráno výše). Dva lékaři mluví také o **vysoké emoční zátěži** při kontaktu s některými pacienty. Jeden lékař mluví i o své **osobní preferenci** s lidmi nemluvit.

Lékař 7 považuje za překážku v komunikaci svou introverzi: „*Určitě, já jsem šílený introvert...já nerad komunikuju s cizími lidmi, a pokud je to možné, tak se tomu co nejvíc vyhýbám...možná to teď tak nevypadá. V práci musím...ale když odejdu z práce, tak si vyberu. Ale tady se musím překonat a nějak si to*

odtrpět a pak si zalezu tady do svého kutlochu bez rušivých elementů...a to je asi to, co je z mého hlediska ta hlavní překážka.“

Lékař 1 nechce, aby mu práce zasahovala do osobního života: „...já bych taky chtěl jít domů a prostě nemám čas se s nima tady vybavovat. Takže určitě chyba z mé strany.“ Lékař 7 to vidí podobně: „tak 10-15min, ale to je tak maximum, víc času se tomu dát nedá, jinak se člověk dostane do časového skluzu a zápasí tak, aby stihnul odejít ještě za denního světla.“ Dále mluví i o duševním zdraví: „Člověk honí každou minutu a snaží se tak nějak mít i to duševní zdraví, aby se z toho neopupínkoval.“

Lékař 5 mluví o emoční náročnosti komunikace s některými pacienty: „Možná umím mluvit, ale neumím se do těch lidí vcítit nebo jim přinést nějakou duševní pomoc, od toho jsou asi jiní, ať už se to týká psychologů nebo psychiatrů nebo kaplanů atd...nechci tím říct, že nejsem empatickejší, ale myslím si, že když se člověk takovýmuhle pacientovi otevře a začne mu nějak duševně pomáhat, že mě konkrétně to dost emočně a psychicky vysává a musím říct, že mi to.... nechci říct kazí náladu a nemůžu to dělat u každého, to prostě nejde.“

Lékař 9 vyjadřuje svůj názor, že podobně to má více lékařů: „No takhle, oni ty lidi mluvit dokážou, ale oni nechťej. Každý doktor si myslím, že je empatickejší, každé doktor má cit, ale aby tu práci dávali, tak emočně oploštěj, aby ten svůj vlastní život měli šanci užívat, takže to je takovej obrannej mechanismus.“

Lékařka 4 mluví také o obranném mechanismu: „...někdy ty doktoři taky utíkaj, když se to nedaří, když se dělá, co se dá a stejně se to nevede, tak je přirozený utíkat.“ Lékařka 12 také vyjadřuje potřebu bránit se emoční zátěží: „No, možná mám takovou národu...a pracuju na očním, takže pokud nejde o život nejde o nic...proto jsem si vybrala oční, já chci zvyšovat kvalitu života, nechci, aby mě práce zatěžovala takhle psychicky... Když by si chtěl pacient vylívat srdíčko a zdržovat mě od práce a řešit něco jinýho, než je ten jeho problém, tak ho utnu a řeknu mu „jsme tady na očním a bavíme se o tomhle.““

Lékař 9 s pacienty komunikuje, ale popisuje vlastní emoční zátěž při sdělování špatných zpráv, kterou zvládá velmi obtížně: „Mně se psychicky přitíží, já to taky musím nějak zpracovat. Já o těch lidech v podstatě přemýšlím, nosím si je domů, nechci si je nosit domů, ale zpětně si říkám, jestli jsem tam něco nepokazil, jestli jsem mohl něco říct jinak. Takže ne, že by se mi ulevilo...já si jako oddychnu, že to mám za sebou, ale neuleví se mi to, protože já si toho pacienta musím zpracovat a s každým se něco dalšího naučím, takže to není o tom, že bych to měl vnitřně zpracovaný, nemám...každý pacient ve mně vnitřně ještě dlouho rezonuje.“

- **Sympatie**

Dva lékaři také mluví o roli sympatií k pacientovi - když je jim pacient **nesympatický**, svou práci odvedou, ale **nemluví s ním více, než je nutné**.

Lékař 5: „I přesto, že ti ten pacient není osobně sympatickejší, stejně mu to musíš profesionálně vysvětlit. To asi každého lékaře ovlivňuje, to jak se mu to snažíš podat a když je na tebe někdo nepříjemnej, tak nemáš chuť se

*s ním bavit půl hodiny o jeho nemocech a zdravotním stavu a v tu chvíli se snažíš mu to vysvětlit profesionálně, dostatečně, tak jak máš a proč prostě s takovým člověkem strávit víc, než je nezbytně nutný.“*

Lékař 13: „Když ve mně vyvolají antipatie..začíná to třeba nepevným stiskem ruky, nebo narážkami mimo..třeba na politiku...není to nic konkrétního, spíš takovýhle detaily, který neumím pojmenovat...někdo vejde do dveří a už je mi nesympatickej.“

Několik lékařů mluvilo o vlivu sympatií při komunikaci s pacientem. Svou roli u některých lékařů hrál také jejich vlastní **postoj k chování pacienta**. Jeden z lékařů uváděl, že s pacienty mluví podle toho, zda si podle jeho názoru svůj stav zavinili sami.

Lékař 1: „Obecně, onkologicky nemocný. To je taky věc, která se mi obtížně říká, ale zároveň je to ve spoustě případů jiná situace, než když přijde ten pacient zhuntovanej vlastní vinou (ty ucpaný cévy z kouření), těchhle lidí je mi líto a tady na rozdíl od těch lidí, kterým se to snažím podat tak na fěrovku a jak to opravdu bude a srazit je, tak tady se mi nechce jim brát úplně tu naději, takže když už jsem nějak pověřeněj tím, že ho mám informovat já, tak se snažím mu to říct nějak kulantně...“

- **Faktory na straně pacienta**

Na straně pacienta lékaři často zmiňovali jako překážku jeho **zdravotní a psychický stav, zneužívání lékařské péče, aroganci a agresivitu pacientů** a také jejich opakovanou návštěvu lékaře za účelem **sociálního kontaktu**. Jako překážku viděli také situace, kdy měli pocit, že **nedělají smysluplnou práci** nebo když se pacienti **neřídí jejich radami**. Významným prvkem bylo také vnímání **nereálných očekávání** ze strany pacientů.

Lékař 14 popisuje zdravotní stav pacienta jako překážku: „...*jejich zdravotní stav – když jsou zmatený, nebo když mají mrtvici.*“ Lékařka 4 to vidí podobně: „Někteří ty lidi, hlavně starší, co si budeme namlouvat, maj už různý poruchy paměti.“ Lékařka 3 také popisuje zdravotní potíže komplikující komunikaci: „*Když jsou hluchoněmí, to už se mi stalo, to je překerní, protože umím pár znaků. Máme tu tracheostomovanýho Rumuna, to je další komunikační překážka.*“ Popisuje i překážky jiného charakteru : „*Malé děti, nebo když jsou mentálně postižení, tak se člověk kolikrát nedozví, co jim je..a když jsou rodiče, který jsou z toho hodně vyšinitý, tak to je ještě větší překážka, než to dítě.*“

Lékařka 4 popisuje, že někteří pacienti chodí k lékaři spíše pro sociální kontakt: „...*sociální izolace, tak oni prostě za tím doktorem chodí pro sociální kontakt a oni za tebou chodí kolikrát furt, aby nebyli sami, aby se utvrdili, že je někdo neopustí, že se o ně bude starat a potom na to ten čas třeba už nemáš. A pořád to těm lidem vysvětlovat, oni 2x za týden za tebou přijdou a pořád chtějí to samý, tak na to potom není čas.*“

Lékař 8 mluví o arogantním chování pacientů: „...když jsou drzí... Takový ty co hned začnou rvát, jestli nejsem moc mladej...“ Lékař 15 vidí jako překážku arogantní chování v kombinaci s „banálními“ obtížemi: „...ale když je situace, když se sejdou, jsou nepříjemný, agresivní, přijdou s blbostma tak to občas...ne že bych byl hnusnej, ale nejsem na ně tak hodnej...“ Lékař 1 to vidí stejně: „Ve fázi, kdy tam ty lidi chodí jako do chliva, že přijdou s úplnou blbostí a vyváděj tam.“

Lékařka 3 popisuje souhru okolností, kdy má pocit, že pacient zneužívá lékařskou péči: „Je to horší, když přijdou na urgentní příjem ve 3 ráno a trápí je to 3 dny, ty věci, který se vyřeší druhý den ráno v lékárně něčím, co není ani na předpis... když se někdo chová tak, že vy jste tady od toho, abyste všichni byli vzhůru, protože tady mám zrovna nějaký bebí, tak to určitě ovlivňuje moji komunikaci.“ To zvládnou nějak formálně, slušně, i když pro ty lidi v jejich očích je to asi problém, tak to řeším, ale minimálně si něco myslím.“

Lékařka 10 popisuje neochotu opakovaně vysvětlovat: „A taky se mi někdy nechce, třeba když jim už podesáté vysvětluju, že musí nosit bandáže a oni to pořád nedělají, to už se pak člověku nechce.“

Lékaři také vnímali jako překážku **nereálná očekávání** ze strany pacientů spojená s jejich nepřijetím aktuálního zdravotního stavu. Lékařka 4: „A pak prostě máš ty babičky, kterým je 80 – 85, ona si sem sama dojde, chodí o hůlce, ohne se, čte, ale furt jenom naříká...tak jí řekneš, bodejť by neměla artrózu, když v jejím věku už je většina lidí mrtvých a ona ti na to řekne, že takhle si to nepředstavovala a že by chtěla, aby to všechno bylo zase pořádku a řekne ti, ať s ní něco uděláš, aby jí ty klouby nebolely...ty lidi, který nepřijmou tu situaci a nesnaží se využít toho, co mají, tak s těma je těžká práce.“ Lékař 9: „Ale většina lidí chce bejt zdravějch, ale když jsou náhodou nedejbože nemocní, což jim udělá čáru přes rozpočet, protože v televizi slyšej, že by měli bejt zdraví, veselí a 3x za rok na dovolenou, „tak dobře, já jsem nemocnej, ale chci na tu dovolenou, takže do tý doby to vyřešte.“

## 10.6 Jaký mají lékaři názor na vliv komunikace na léčebný proces?

Na začátku výzkumu jsem si položila otázku, zda si lékaři myslí, že má komunikace s pacientem nějaký vliv na proces léčby. **Všichni** lékaři byli toho názoru, že způsob jejich **komunikace má na pacienta určitý vliv**, přinejmenším na **informační rovině** – tedy jestli **porozumí** nebo neporozumí tomu, co se jim lékař snaží vysvětlit, a zda si to zapamatuje. Řada lékařů také popisovala vliv komunikace na **motivaci** pacienta k léčbě. Někteří lékaři mluvili také o celkovém **ovlivnění psychického stavu** a jeho souvislosti se **zdravotním stavem** pacienta.

- **Porozumění informacím**

Nejčastěji respondenti udávali vliv komunikace na **správné pochopení informací pacientem**, v tomto smyslu se vyjádřilo 10 lékařů. Někteří z nich zdůrazňovali, že pacient musí být dostatečně informován, aby mohl **převzít zodpovědnost a samostatně rozhodnout** zda se bude léčit nebo ne. Jiní viděli pochopení spíše jako nástroj k tomu, aby pacient **následoval jejich doporučení a správně se léčil**. Dva lékaři mluví o **porozumění vlastní nemoci** jako cestě ke **snížení obav** pacienta.

Lékař 13 zdůrazňuje roli komunikace pro správné porozumění: „Rozhodně. Bud', že si ty lidi uvědomí, že je tam problém. Je rozdíl, jestli řeknu „Paní Nováková, objevil se velkej velkej problém a nebo řeknu „Paní Nováková – problém“. Myslím si, že je to hodně důležitý, jak to řekneš.“

Lékař 1 vidí hlavní roli komunikace ve vysvětlení a přenesení zodpovědnosti na pacienta: „Motivaci k léčbě. Rozhodnutí, jak to bude provedený. A hlavně, aby on rozhodl, jak to vidí, co vlastně chce, přenést tu zodpovědnost na ně, aby oni se rozhodli, proto je poučujeme.“ Lékařka 3 také mluví o důležitosti vlastního rozhodnutí: „... že člověk je zodpovědný sám za sebe, tak musí vědět, proti čemu stojí a rozhodnout se, jestli bude nebo nebude bojovat. A když neví, proti čemu bojuje, tak mi to občas přijde jako marný boj...nebo se může rozhodnout, jestli chce poslední měsíce strávit v nemocnici nebo být doma. Jestli chce být operován, nebo už nechce...“

Lékař 5 mluví o roli vysvětlení na compliance: „...co nejvíc to tomu člověku vysvětlit, aby byl compliantní a aby si ta rodina dala záležet na tom, aby se ten dotyčný léčil...“

Lékařka 4 popisuje souvislost mezi porozuměním a snížením obav pacientů: „Že tomu svému stavu rozuměj a přestanou se toho tolik bát. Když jim vysvětlím, že je to sice trápí, ale že jsou to běžný degenerativní změny, který v jejich věku má kdekdo a že tam není schovanýho nic, čeho by se měli bát ve smyslu ohrožení života nebo nějakýho nádoru, že to není ani až tak zdaleka hrozný, jak by to mělo být a řeknu jim, proč jim dávám léky, který se dávaj bláznům, i když blázní nejsou, proč dostávají jako analgetikum antidepresiva nebo

antikonvulziva, tak oni tomu rozumí a už je to nestresuje tolik, tak to mi přijde taky důležitý. Kolikrát mi řeknou – tohle mi nikdo nevysvětlil. Jestli je to pravda nebo ne, to nevím, ale kolikrát ty lidi se zklidněj.“

- **Přijetí**

Dva lékaři také mluví o vlivu komunikace na to, zda pacient informaci o svém zdravotním stavu **přijme**. Jeden z lékařů popisuje větší citlivost některých pacientů ke způsobu sdělení.

Lékař14: „Určitě, když jim to řeknu nasraně, panovačně, tak to určitě nevezmou, jako když to řeknu se zájmem. Když to řeknu v nasrání, tak nad tím můžou mávnout rukou a říct, že toho to nezajímalo.“

Lékař 8: „Někdo je k tomu asi náchylnější víc, někdo míň, jak mu to řekneme....někdo potřebuje tu omáčku, i ten hlas...je to podle těch lidí. Často jsou to takový ty ženy ve středním věku...tak ty hodně reagovaly na to, jak jsem jim to řekl...když jsem to řekl suše, tak to braly špatně...taková ta první fáze odmítnutí, tak mi přišlo, že byla častěji, když to bylo takhle suše. A když jsem to zkoušel učešně, i tónem toho hlasu...že to třeba spíš přijmou...“

- **Motivace k léčbě**

Celkem 8 lékařů vnímalo vliv komunikace na motivaci pacienta k léčbě. Popisují, že pokud lékař **špatně vysvětlí** pacientům jejich potíže a plán léčby, mohou pacienti dojít k názoru, **že léčba nemá smysl**, naopak **dobrou komunikací** mohou pacienta k léčbě **motivovat**.

Lékař 1 o motivaci k léčbě: „A taky k tomu, abychom získali spojení v té další léčbě. Protože když mu to člověk podá nějak blbě, tak si řekne...no on tomu vlastně vůbec nerozumí, řekne si tak to nemá cenu, já to léčit nebudu. A když to člověk podá nějak...pacient ví, že ho to někam posunuje a že se to lepší, tak tam bude ta spolupráce z jeho strany.“

Lékař 15: „...a opravdu když jsem s nima každý den probral, co potřebujou, řekl jim, jak se pokračuje a jak se bude pokračovat doma..nevím, jestli jsem tu compliance zlepšil, ale přišlo mi, že je důležitý je pozitivně motivovat... a myslím si, že když jim člověk vysvětlil každý den... “je to důležitý, abyste ty antibiotika brala i doma, protože je vám tohle, budeme vás pouštět, v krvi už je to dobrý, ale ještě to musíte brát a jít k praktikovi“ ...a člověk pak místo zápal plic použije... “měla jste rozsáhlej zápal plic... “ty lidi snad to pochopí, že to zdraví si musí doladit ještě doma, tak je nějak pozitivně motivovat.“

Lékař 2 používá různý způsob sdělení podle toho, co předpokládá, že na pacienta nejlépe zafunguje : „No myslím si, že jo, můžu ovlivnit dost. Pro mě, jakoby toho praktika, je to v podstatě veškerá informace, kterou těm lidem předávám, no tak dost záleží na tom, jakým způsobem to podám. Sice to trošku kontrastuje s tím, co jsem řekl předtím, ale ve chvíli, kdy jim určitý problém předestřu tak, že se jich to opravdu



*dotkne a na tom řešení mají potom tendenci spolupracovat, .... je rozdíl, jak to řeknu, jestli to prostě napíšu do zprávy anebo jestli opravdu se snažím najít nějakou formu, jak to předat.“*

- **10.5.4 Úleva versus obavy**

Lékaři také mluvili o ovlivnění **emočního stavu pacienta**, a to jak v **pozitivním, tak v negativním slova smyslu**. Nejvíce lékařů (celkem 7) mluvilo o vlivu komunikace na zklidnění pacienta. Další mluvili u **úlevě, spokojenosti a využití komunikace k prolomení bariér**. Jiní si byli vědomi toho, že nešetrnou komunikací lze pacienta vystrašit (i když někteří lékaři využívali strachu k motivaci v léčbě - tento přístup jsem již zmínila v předchozích kapitolách).

V souvislosti s emočním stavem lékaři nejčastěji zmiňovali možnost pacienty **zklidnit** nebo jim **přinést úlevu**. Jeden lékař také mluví o prolomení bariér a uvolnění emocí.

Lékař 13 mluví roli **porozumění v prolomení bariér a uvolnění emocí** u pacienta: *„Vzpomenu, těch je spousta...hlavně jsou to ty onkologický pacienti a většinou jsou to ty mladší pacienti, ženy, který působí navenek hrozně silně, ale vidíš, jak se to v nich prostě mele a ve chvíli, kdy se jich dotkneš a jenom jim třeba řekneš, že to musí být hrozně těžký, že na nich třeba vidíš, že je to pro ně hrozně boj, tak oni se ti tam rozpláčou...a pak ti třeba ještě děkují, ani to nemusí být třeba zdržení, někdy stačí, když tam strávíš 2 minuty navíc, tak jim se hrozně uleví.“*

Lékařka 3: *„...myslím, že ten rozhovor s pacienty nebo rodinami jim má přinést nějakou úlevu...nebo v rámci těch karet, co jsou rozdaný, tak vím, která je ta nejsilnější a která se dá považovat ještě za malý trumf, ale vychází to z té daný situace, jako když člověk hraje karty.“*

Lékařka 12 používá v komunikaci strach i uklidnění: *„Můžu postrašit toho diabetika říct, jestli to takhle půjde dál, bude to blbý...tak se nad sebou může zamyslet a může začít líp dodržovat léčebný postup. Když ho uklidním a řeknu glaukom nemáte a pravděpodobně v následujících 15ti letech mít nebudete, tak ho uklidním a odchází spokojený.“*

Lékař 5 také popisuje způsob **využití strachu k motivaci** pacienta k léčbě: *„Myslím, že se člověk v té naší profesi snaží do určitý míry nahnat strach, že se vrátí do nemocnice, že bude nemocnější, nemocnější a může i umřít a tahle obava musí pohánět k životu asi každého, kdo nějakou chuť k životu má.“*

Lékař 11 mluví o vystrašení v negativním slova smyslu a jeho vlivu na rozhodování: *„...když ho příliš vystrašíš, tak oni jsou pak takoví naplašení. Není dobrý malovat moc negativní stíny...no třeba když jim vyjmenuješ spoustu komplikací, tak ten člověk si řekne ježišmarja, na to snad ani nepůjdu...pak to musím zase uvést na pravou rovinu, někdy říkám i fakt to negativní, protože je musím poučit, ale ukončím to tím, že jim řeknu „podívejte se, tyhle komplikace jako přerušení žlučovodu, že jsou vzácné a obvykle když už něco, tak můžete očekávat nějaké drobné infekce třeba v rankách po slepáku.“*

- **Pocit bezpečí a kontroly**

Dva lékaři mluví o **pocitu bezpečí a kontroly**, který mohou ovlivnit správnou komunikaci.

Lékař 9 mluví o pocitu kontroly: „...*bez toho, aby pacient poznal, že je ve stresu časovým, je tam pro něj a on je opravdu pánem toho času a situace a toho doktora může použít pro sebe – na získání informací, na radu, většina těch lidí ví, že umře...oni vědí, že je to v prdeli, ale potřebují vědět, že to mají pod kontrolou, ale tu kontrolu vidí v tom doktorovi a když vidí, že ten doktor je roztěkaný, jen tak probíhá okolo nich a napálí jim prostě céčkovou diagnózu.*“

Lékař 11 odvozuje, že při nedostatečné komunikaci může chybět pocit bezpečí : „...*on mi nic neřekl a byl takovej odměřenej“, tak v podstatě nemá ten pocit bezpečí možná.*“

- **Zdravotní stav**

Tři lékaři také vidí roli komunikace přímo v ovlivnění **zdravotního stavu nebo pocitu zdraví** pacienta. Jeden z lékařů mluví o **silném vlivu psychického stavu na zdravotní stav** pacienta.

Lékař 9 mluví o silném vlivu psychiky na zdravotní stav: „*No nesmíme jim tím odstřelit tu psychiku, nikdo nevíme, jak jsme tvrdý a nikdo nejsme tvrdý v těchto zlomových...takže neodstřelit tu psychiku, protože jsem viděl, že ta dokáže vyléčit a dokáže zabít.*“ Dále se vyjadřuje k roli lékaře v psychické podpoře pacienta: „*Oni potřebují podržet fyzicky, od toho je tam ten doktor, ale on je tam i od toho, aby je psychicky podržel.*“

Lékař 2 mluví o vlivu komunikace na pocit zdraví „...*ale pak ještě jedna věc, a to fakt taky funguje, je, že určitá forma komunikace má jednoznačně léčebný efekt speciálně u starších lidí, když jim řekneš těm babičkám, že jim to sluší, většinou zapomenou na ten problém..... pocit zdraví asi myslím, že ovlivní , někdy jim stačí i to, že mluví s doktorem, to je pak zvlášť pro ty starší lidi taková věc, která je pan doktor s nima mluví a je, tak mají to v sobě. . .“*

Lékař 11: „*Můžeš. Slovo je mocná zbraň. Ať už v dobrým, nebo ve zlým. Řekneš, že to bude dobrý. Někdy to stačí, aby pacient věřil a když věří, tak se třeba i zahojí.*“

- **Naděje**

Čtyři lékaři mluvili o tom, že je potřeba pacientům **ponechat naději**. Jedna lékařka také upozorňuje na nutnost nedávat **přehnané naděje**, které mohou vést ke **zklamání a ztrátě důvěry** v lékaře.

Lékař 9: „Nesebrat jim naději, nepostavit se do té mesiášské pozice „jako já jsem tady od toho, abych vám ukončil léčbu, abych vám řekl, že umřete a sebral vám naději.“ To jsou tři věci, který se nesmí odehrát. Naděje tam musí zůstat i když sám vim, že tam není, nebo je tak malá, že sám vim, že by se měla odhodit z toho hovoru, tak prostě tu naději tam člověk musí mít a musí se k něčemu...i když není věřící, tak musí mít nějakou tu modlu a mít šanci si říct tak třeba...třeba ještě tam ten otazník, byť malej, prostě pro něj zůstane a to je ta naděje.“

Lékařka 4 mluví o reálné naději: „...prostě lékař léčí...ty tou svojí osobností na toho člověka nějak zapůsobíš...jestli mu řekneš, „no jo, s tím se nedá nic dělat“ tak on ztratí naději. A když mu vysvětlíš, že to není nic hrozného, že je to obtíž, něco se s tím dělat dá, i když neúplně a dáš nějakou takovou reálnou rovinu, tak si myslím, že to není špatný. Ale když mu dáš velikej optimismus on odchází nadšený a pak to nefunguje, tak si myslím, že může úplně ztratit důvěru a být zklamaný.“

- **Vztah k lékaři a důvěra**

Čtyři respondenti také popisovali vliv komunikace na **spokojenost pacientů** a jejich **důvěru** ve schopnosti lékaře.

Lékař 8: „Někteří si o doktorovi udělají obrázek podle toho, jak s nima jedná... někdy to odpovídá, někdy ne. Když jsem jim to říkal tak, aby to vzali, tak mě víc brali...“

Lékař 11: „A taky když je člověk moc vystresovaný, moc pokorný, tak to asi taky není dobrý, protože ten pacient vycítí, že se bojí, že tam něco nesedí, „ještě si to rozmyslím, nebo tak“ z pohledu toho pacienta.“

Lékařka 12 na otázku jestli může něco ovlivnit svou komunikací odpovídá: „Dojem, jaký ze mě má pacient“.

- **Určení správné diagnózy**

Tuto roli komunikace zmínil pouze jeden lékař, přesto považuji za důležité ji zde uvést. Lékař 13 popisuje roli komunikace ve stanovení správné diagnózy: „To se mi stalo taky kolikrát, že jsem šel na vizitu a viděl jsem, že není psychicky v pohodě a když jsem se ho zeptal, jak se mu daří a on mi řekl, že v pořádku, tak já se třeba dotknu jeho ruky a on se rozbrečel a opravdu takovýhle silný emoce to v člověku vyvolá a on se ti pak rozpovídá, co ho trápí a pak ti třeba řekne, že je 2 týdny dušnej a přijdeš na úplně jiný věci.“

## 11. Diskuse

V rámci diskuze zhodnotím jednotlivé části této práce, shrnu výsledky výzkumného šetření a pokusím se je porovnat s dosavadními teoretickými poznatky, budu se věnovat také limitům svého výzkumu.

V teoretické části práce jsem se věnovala tématu komunikace mezi lékařem a pacientem v kontextu současného vědeckého poznání. Téma, které jsem si vybrala, je velmi komplexní a nebylo tedy možné jej v rámci diplomové práce pokrýt v celé jeho šíři. Z toho důvodu jsem vybrala oblasti, které jsem považovala vzhledem k zaměření empirické části za důležité. I přesto jsem se snažila popsat poměrně široké spektrum poznatků, které v oblasti komunikace mezi lékařem a pacientem máme k dispozici. V každé z kapitol by bylo možné a bezpochyby také zajímavé jít mnohem více do hloubky, nicméně i vzhledem k mapujícímu charakteru mého výzkumu (a také z důvodu zachování délky práce) jsem se rozhodla problematiku přiblížit spíše z širšího úhlu pohledu.

Na tomto místě považuji za nutné zmínit některé limity, které s sebou nesou výzkumy věnující se komunikaci uvedené v teoretické části. Většina výzkumů byla provedena v anglicky mluvících zemích, je tedy potřeba zvážit jejich aplikovatelnost do našeho kulturního prostředí. Další otázkou je operacionalizace některých pojmů uvedených v teoretické části. Za významné to považuji například u pojmu adherence, na kterou lze nahlížet jako na dvě navzájem se vylučující proměnné – pacient je tedy buď adherentní, nebo non-adherentní. Další možností je chápat adherenci jako dimenzi, na které se pacient může pohybovat – míra jeho adherence může být různá a také se může v čase měnit. První způsob operacionalizace s sebou nese riziko „nálepkování“, pacient může být označen za non-adherentního a na základě toho s ním poté mohou komunikovat i další lékaři. Zároveň je otázkou, zda je pacient non-adherentní vůči všem doporučením – např. pacient může být adherentní k farmakoterapii a přitom nedodržovat režimová opatření.

Přistoupíme-li k empirické části práce, s ohledem na zaměření výzkumu byl dle mého názoru polostrukturovaný rozhovor vhodně zvolenou metodou. V polostrukturovaných rozhovorech respondenti poskytli mnoho zajímavých odpovědí, které bych jiným způsobem nezískala. Zvolená metoda mi umožnila hlouběji proniknout do daného tématu a doptávat se lékařů na cokoli, co jsem považovala za zajímavé nebo důležité.

Lékaři jsou specifickou skupinou, která byla velmi citlivá na zachování anonymity (to se týkalo především mladších lékařů). Vzhledem k výraznému pracovnímu vytížení také nebylo jednoduché přesvědčit potenciální respondenty, aby věnovali svůj čas hodinovým rozhovorům. Z toho důvodu bylo nutné některé rozhovory provést během pracovní doby lékařů – konkrétně během služeb, nicméně tento fakt nevedl k žádnému výraznému vyrušení během rozhovoru. Aby byli lékaři ochotni odpovídat, bylo potřeba zajistit nejen jejich anonymitu, ale také je ujistit, že nedojde ke zneužití dat (někteří lékaři zmiňovali stále silnější obavu ze stížností ze strany pacientů a veřejnosti a s ní spojenou stále silnější potřebu se bránit), dále bylo potřeba dát najevo dostatečné porozumění jejich práci se všemi obtížemi, které přináší. V tomto aspektu byla moje pozice v roli výzkumníka jednodušší, protože lékaři mě vnímali jako svého kolegu a nikoliv jako „někoho zvenčí“. Dle mého názoru tento fakt výrazně přispěl k otevřenosti lékařů a jejich ochotě odpovídat na otázky.

Mezi limity výzkumu patří především výběr výzkumného vzorku. Způsob výběru byl nenáhodný – lékaři se výzkumu zúčastnili na základě mého oslovení (nebo doporučení svých kolegů), jednalo se tedy převážně o kontakty z mého okolí. Je také potřeba zdůraznit, že respondenti byli ochotni podstoupit časově poměrně náročný rozhovor. Je tedy možné, že tito lékaři jsou obecně ochotnější komunikovat než jejich kolegové. I přes původní plán byl finální výzkumný vzorek složen z lékařů jedné okresní nemocnice – nelze tedy vyloučit, že v jiném typu nemocnice (např. fakultní) a/nebo v jiné části republiky mohou být pohledy lékařů odlišné. Vzorek také není genderově vyrovnaný, jsou v něm více zastoupeni muži, u kterých jsem při výběru respondentů vnímala větší ochotu zúčastnit se výzkumu.

Otázky byly zaměřené na zjišťování zkušeností a postojů lékařů ve vztahu ke komunikaci s pacientem. V rozhovorech byly položeny i otázky, které přímo nesouvisely se záměrem výzkumu. Z mého pohledu to bylo užitečné, protože to často umožnilo lékařům vzpomenout si na další situace, na které si v první chvíli vzpomenout nedokázali, a poté se vrátit (třeba oklikou) k předchozí otázce. Zároveň mi tyto otázky umožnily nahlédnout i do jiných témat. Přesto se u některých otázek odpovědi opakovaly nebo lékaře zavedly odlišným směrem než jsem očekávala a nakonec jsem je při analýze v podstatě nevyužila. Na některé otázky naopak bylo pro lékaře obtížné odpovědět. Také jsem v každém rozhovoru nepoložila všechny otázky, řídila jsem se převážně tím, zda jsme s respondentem již pokryli všechna zásadní témata.

Přestože polostrukturovaný rozhovor přinesl řadu výhod, v některých případech měli respondenti tendence od tématu „odbíhat“ k jiným tématům, která pro ně byla v tu chvíli

aktuální. I když respondenti nebyli na začátku dotazování obeznámeni s tématem výzkumu, věděli, že se jedná o výzkum k diplomové práci z oboru psychologie, je tedy možné, že do určité míry mohli odhadnout, jakým směrem se může výzkum ubírat a podle toho přizpůsobovat své odpovědi. Limitem rozhovorů byla také schopnost sebereflexe jednotlivých respondentů. Tento aspekt byl pro mě velmi zajímavý, protože řadu respondentů jsem opakovaně viděla v kontaktu s pacienty, mohla jsem tedy při rozhovorech porovnávat naše pohledy na jejich způsob komunikace. Tento limit jsem si výrazně uvědomila při rozhovoru s jednou respondentkou, která byla se svou schopností komunikovat s pacienty velmi spokojena a z mého pohledu nedokázala reflektovat, že v praxi používá některé komunikační strategie, které jsou obecně považovány za nevhodné – v tomto případě se jednalo o velmi časté užívání infantilizace při komunikaci se staršími pacienty, na kterou mnozí z nich reagovali velmi překvapeně. Nicméně jiní lékaři mě naopak překvapili vysokou schopností sebereflexe a někdy i výraznou sebekritikou.

Při přepisování rozhovorů jsem si také uvědomila, že bylo možné se na některá témata doptat ještě více do hloubky. Jistě by bylo zajímavé setkat se s lékaři po čase a zaměřit se na některá témata hlouběji. Také bych v budoucnu v rámci přípravy výzkumu provedla pilotní rozhovory, abych od lékařů získala zpětnou vazbu a předešla tak otázkám, na které se bude probandům hůře odpovídat nebo které nebudou dostatečně výtěžné.

Přestože nahrávání a zejména přepisy všech patnácti rozhovorů byly velmi časově náročné, považuji to za přínosnou zkušenost. Mohla jsem sama na sobě pozorovat řadu komunikačních zkreslení – například celkový dojem, se kterým jsem odcházela z rozhovoru jsem při pozdějším opakovaném poslechu a přepisu musela několikrát přehodnotit.

Nyní shrnu a zhodnotím výsledky svého výzkumu podle otázek, které jsem si v úvodu empirické části položila.

- *Považují lékaři komunikaci s pacientem za významnou součást své práce?*

Během rozhovorů všichni lékaři explicitně vyjádřili, že komunikace s pacientem je důležitou součástí práce lékaře. Lišila se míra významnosti, kterou komunikaci jednotliví lékaři přisuzovali – někteří ji považovali za naprosto zásadní a neodmyslitelnou součást své práce, jiní preferovali teoretické znalosti, ale přiznávali komunikaci důležitou roli. Toto zjištění odpovídá i dříve provedeným výzkumům, ve kterých byl zjišťován postoj lékařů ke

komunikaci. Oba výzkumy věnující se tomuto tématu hodnotily postoje lékařů ke komunikaci jako pozitivní (Loureiro, Severo, & Ferreira, 2015; Langille, Kaufman, Laidlaw, Sargeant, & MacLeod, 2001).

Role komunikace byla patrná také při popisu dobrého a špatného lékaře, kde komunikace spolu s behaviorálními projevy spojenými s komunikací tvořily významnou součást obrazu lékaře. Když respondenti hodnotili lékaře z pozice pacienta, jejich hodnocení bylo ve většině případů závislé na tom, jak s nimi lékař mluvil a jak se k nim choval. Z odpovědí bylo patrné, že se zvyšující se odborností respondenti hodnotili i další aspekty a význam komunikace a chování se o něco snížil, nicméně ve většině případů byl přítomný pořád. Tomu napovídá i fakt, že dobrého lékaře jen na základě odborných znalostí popsal pouze jeden respondent.

Ve dvou případech se ukázal rozpor mezi špatnou osobní zkušeností s lékařem (v roli pacienta) a jeho kladným hodnocením jako odborníka. Tento poznatek šel proti našemu předpokladu, že pacient hodnotí lékaře především podle toho, jakým způsobem s ním jedná, protože po odborné stránce je pro pacienta často nemožné lékaře adekvátně zhodnotit. V obou případech respondenti udávali, že informaci o odbornosti lékaře získali z jiných zdrojů. Je tedy otázkou, jestli takováto informace z důvěryhodného zdroje může do určité míry vykompenzovat hrubé chování nebo nepříjemnou zkušenost.

- *Jak si lékaři představují dobrou komunikaci?*

Výsledky této části se do určité míry překrývají s popisem dobrého lékaře. Za hlavní znaky dobré komunikace považovali respondenti **vysvětlování, vlídný přístup, používání neverbální komunikace, poskytnutí času, zájem, empatii a autenticitu**. V některých aspektech se respondenti neshodovali. Někteří považovali za lepší **partnerský přístup**, jiní preferovali spíše **paternalistický**. Zajímavé z mého pohledu bylo, že paternalistický přístup zmiňovali i velmi mladí lékaři, což může souviset s jejich vlastní nejistotou a potřebou být uznáván jako odborník. Přestože označení „paternalistický“ má dnes spíše pejorativní konotaci, někteří autoři upozorňují na to, že tento přístup může mít v určitých situacích své opodstatnění (Beran, 1977). Z výpovědí lékařů se však zdálo, že jsou buď orientováni jedním nebo druhým směrem, nikdo z respondentů nemluvil o možnosti mezi těmito styly přecházet.

Někteří zdůrazňovali **silnou potřebu držet si odstup** od pacienta, můžeme zvažovat do jaké míry se v těchto případech jedná o obranný mechanismus. Odpovědi se také lišily v názoru

na **roli strachu** v komunikaci. Někteří lékaři byli přesvědčeni o pozitivní roli strachu na motivaci pacienta, jiní naopak preferovali snahu o zklidnění pacienta.

- *Jak lékaři vnímají svou přípravu na komunikaci s pacientem v rámci pregraduální výuky?*

Přestože se respondenti považovali komunikaci za důležitou součást lékařské praxe, téměř všichni, kteří prošli nějakou formou pregraduální výuky komunikace, se shodovali na tom, že pro ně výuka neměla téměř žádný přínos do praxe. Oproti mému očekávání zde nehrála žádnou roli forma, jakou výuka probíhala (přednáška, interaktivní workshopy atd). Tyto poznatky jsou ve shodě s dalšími výzkumy, které dotazníkovou formou zjišťovaly spokojenost mladých lékařů s výukou komunikačních dovedností (Loureiro, Severo, & Ferreira, 2015).

Respondenti uváděli řadu důvodů, proč tomu tak bylo. Nejčastěji zmiňovali **subjektivně vnímanou nedůležitost předmětu**, dále **nepřenositelnost do praxe** a **neadekvátní naplánování lekcí (ve smyslu času, místa a počtu studentů)**. Nicméně se zdá, že hlavním důvodem byl právě fakt, že respondenti během studia považovali tento předmět za nevýznamný. Tomu odpovídají zjištění v dalších částech výzkumu. Respondenti sice vnímali komunikaci jako důležitou součást lékařské praxe, ale nejmenší důraz na roli komunikace (při popisu dobrého a špatného lékaře) kladli respondenti právě z pozice studenta. Jedním z vysvětlení může být silné zaměření na výkon během studia, které se odrazilo i v popisu osobnostních charakteristik dobrého lékaře – z pozice studenta respondenti nejčastěji obdivovali bojovnost, odvalu a schopnost překonávat překážky.

Řada respondentů přiznávala, že i kdyby byla výuka naplánovaná přesně podle jejich představ, pravděpodobně by se jí nezúčastnili, protože v té době si neuvědomovali její význam v lékařské praxi. Toto zjištění považuji za zajímavé i z toho důvodu, že takový názor zastávali i lékaři, které jsem opakovaně viděla pracovat s pacienty a vím, že na komunikaci kladou velký důraz, považují ji za velmi důležitou součást své práce a kurzy komunikace opakovaně navštěvují. Je tedy možné, že během studia dochází k jakémusi propadu ve vnímání role komunikace, který však nutně nemusí pokračovat i do lékařské praxe. Zároveň respondenti ve svých výpovědích naznačovali, že důležitost předmětů na škole byla značně závislá na náročnosti zkoušky. Jejich cílem jako studentů bylo především školu dokončit a



tomu pak odpovídal i čas a úsilí, které věnovali předmětům - nikoliv na základě zájmu nebo využitelnosti v budoucí praxi, ale především na základě jejich náročnosti.

Tato zjištění jsou v souladu s mou vlastní zkušeností ze studia medicíny. Z několika lekcí o komunikaci si pamatuji velmi málo a vzpomínám si, že některá sdělení lektorek jsem ve 2. ročníku považovala za naprosto neadekvátní. Například si pamatuji, že kladly důraz na to, abychom při příchodu do místnosti pacienta pozdravili a představili se. V té době mi běželo hlavou, že tento typ sdělení snad ani nepatří na vysokou školu, ale že se jedná o základní lidskou slušnost, kterou nás učili rodiče v už předškolním věku. Až v praxi jsem si uvědomila, jak je jednoduché v nemocničním shonu a mezi řadou dalších podnětů i tuto tak základní věc opomenout.

Podle mého názoru si pozornost zaslouží také tvrzení většiny respondentů, že během studia (tedy v době, kdy by se měli učit profesi lékaře) měli málokdy možnost vidět své učitele při práci s pacienty. Otázkou je, jak si v takovém případě mohou medicí ze školy odnést realistickou představu o tom, co všechno lékařská praxe obnáší. S tím se pojí i fakt, že respondenti, kteří si ze školy odnesli nějaký poznatek o komunikaci, ho většinou získali během klinických předmětů s učitelem-lékařem.

- *Jaké překážky v komunikaci s pacientem vnímají lékaři?*

Respondenti jako překážky v komunikaci s pacientem uváděli **čas a časový stres, množství pacientů, nedostatek klidu na rozhovor, únavu, psychickou nepohodu, vlastní hranice a péči o sebe, sympatie a faktory na straně pacienta**. Některé faktory, které jsou v odborné literatuře uváděny jako rušivé pro pacienta, byly takto vnímány i mezi lékaři – jednalo se především nedostatek klidu na rozhovor a nedostatek času (Honzák, 1999; Linhartová, 2007; Ptáček & Bartůněk, 2011). Spíše než čas jako takový, byl pro lékaře překážkou **subjektivně vnímaný časový stres**. Výsledky naznačují, že se tento náhled může lišit v závislosti na specializaci. Například lékaři-anesteziologové pocit časového stresu nevnímali. V menší míře jej pocítovali lékaři, kteří měli nad svým časem **možnost kontroly**. Naopak několik lékařů zdůrazňovalo, že nedostatek kontroly je stresuje. Nejvíce časový stres zdůrazňovali lékaři „prvního kontaktu“ na akutních ambulancích v nemocnicích, kteří sice nejsou tak vysoce hodnoceni jako lékaři-specialisté, ale jejich rozhodnutí je zásadní pro to, aby pacienta dokázali v první chvíli správně nasměřovat k další diagnostice a terapii.

S tématem času souvisela také otázka vlastních **hranic**. Několik lékařů popisovalo silnou potřebu nastavit si určité hranice, ať už s ohledem na čas strávený v práci nebo s ohledem na

emoční náročnost své profese. Někteří lékaři spojovali časový stres s nižší ochotou naslouchat pacientům, což je ve shodě s výzkumy, které prokázaly negativní korelaci mezi mírou empatie a pocíťovaným stresem (Park et al., 2015; Thomas et al., 2007). Někteří lékaři mluvili o tom, že si hranice nastavili na úkor času stráveného s pacienty, jiní si je nenastavili, ale bylo to zase na úkor jejich vlastního volného času. Že nastavení hranic u lékařů je zásadní otázkou ukazuje i kvalitativní studie zaměřená na syndrom vyhoření u lékařů, provedená na české populaci. Dle této studie byla reflexe vlastních hranic, jejich následovné vytyčení a udržení jednou z efektivních copingových strategií v prevenci syndromu vyhoření (Smetáčková, Francová, Raboch & Ptáček, 2016). Zdá se tedy, že nastavení vlastních hranic, tak aby to bylo přijatelné pro všechny strany, je pro lékaře významným tématem, které se odráží v jejich komunikaci s pacientem.

Za specifický stresor považovali lékaři časté **přerušování** hovoru a to především zvoněním telefonů, popřípadě dotazováním sester. Reflektovali, že to na pacienta může působit jako nezáměr z jejich strany a sami přiznávali, že se jim pak do hovoru hůře vrací. Považovali to však za faktor, který nemohou ovlivnit.

Zajímavá byla také otázka spojená s koncepcí práce. Lékaři opakovaně mluvili o tom, že administrativní má v jejich profesi v dnešní době větší váhu než čas, který věnují pacientům – prioritou tedy bylo, aby byly „hotové všechny papíry“. Velká část respondentů mluvila o tom, že stráví většinu času administrativou, přestože by ho raději trávili s pacienty.

Respondenti se neshodovali v tom, zda má na jejich práci vliv jejich psychické rozpoložení. Někteří přiznávali, že to na jejich komunikaci vliv má, jiní to odmítali. Některé výzkumy uvedené v teoretické části ukazují, že negativní emoční rozpoložení lékaře se může nepřímo promítnout do způsobu, jakým si pacient interpretuje lékařovo sdělení a jak na něj reaguje (Shapiro, Boggs, Melamed, & Graham-Pole, 1992).

- *Je dle lékaře možné formou komunikace ovlivnit proces léčby?*

Jak již bylo popsáno v teoretické části, existuje řada výzkumů, které naznačují pozitivní korelaci mezi komunikací lékaře a compliance, spokojeností a zdravotním či psychickým stavem pacienta (Zolnieriek & DiMatteo, 2009; Haskard et al., 2008; Roter, 1995).

Všichni dotazovaní lékaři se shodli na tom, že způsob jejich komunikace má na pacienta nějaký vliv. Uváděli **správné pochopení informací** na straně pacienta, **přijetí**

**sdělení a zodpovědnosti za své zdraví, motivaci k léčbě, emoční a zdravotní stav, pocit bezpečí a kontroly, naději, vztah a důvěru k lékaři.** Pouze jeden z lékařů viděl komunikaci jako významný nástroj k **získání správné diagnózy**.

Zdalo se, že respondenti si jsou dobře vědomi vlivu, který má to, co pacientovi sdělují – a to jak na informační, tak na socioemocionální úrovni. Co však lékaři v této souvislosti nezmiňovali, bylo **kladení otázek**. Přestože z odborné literatury vyplývá, že právě kladení otázek - především na pacientovy obavy, názory a postoje vzhledem k nemoci a léčbě je zásadní pro jeho spolupráci (Tate, 2005). Přitom spolupráce byla jedním z často zmiňovaných proměnných, kterou lékaři považovali za ovlivnitelnou svou komunikací. Popisovali svou snahu o zajištění spolupráce pacienta především pomocí adekvátní formy vysvětlování, ale zdálo se, že si nejsou vědomi důležitosti jimi položených otázek. Tento výsledek také může ukazovat na nedostatečné úsilí o pochopení perspektivy pacienta. Tato zjištění odpovídají tvrzením uváděným v odborné literatuře, podle kterých řada zdravotníků postrádá schopnost dobře klást otázky (Křivohlavý, 2002) a podle kterých lékaři vnímají non-compliance především jako nedostatek na straně pacienta (Raudenská & Javůrková, 2011). Ke srovnatelným nálezům dospěli výzkumníci v Portugalsku, kde lékaři vnímali pacientovo nepochopení informací jako chybu na straně pacienta a nepřipouštěli si možnost, že i oni sami hrají roli v tom, co jim pacient řekne a zda bude spolupracovat (Loureiro, Severo, & Ferreira, 2015).

Téma kladení otázek souvisí také s provedením správné diagnózy. V literatuře je popisována souvislost komunikace s přesností stanovené diagnózy (Ptáček & Bartůněk, 2011). Výzkumy uvedené v teoretické části opakovaně ukazují, že lékaři často přerušují pacienta dříve, než stačí říct důležité informace o svém zdravotním stavu, což může mít za následek diagnostické pochybení (Beckman & Frankel, 1984; Marvel et al., 1999; Langewitz et al., 2002). V rozhovorech se zdálo, že si lékaři tohoto faktu nejsou vědomi - provázanost komunikace s diagnostikou zmínil pouze jeden lékař. V popisu dobrého lékaře se však kladení otázek několikrát objevilo. Otázkou tedy je, zda lékaři tento fakt pouze zapomněli zmínit nebo zda si tuto spojitost opravdu neuvědomují. Z vlastní zkušenosti vím, že někteří z respondentů, přestože to v rozhovorech nezmiňovali, v praxi kladou otázky velmi uvážlivě, dávají pacientovi dostatek času a jejich diagnózy bývají také velmi přesné. Na druhou stranu jsem se již opakovaně setkala s určitým „přenesením zodpovědnosti“ za nepřesnou diagnózu na pacienta, kdy se lékaři brání slovy „*to mi pacient neřekl*“. Není pochyb o tom, že pacienti ve stresu z návštěvy lékaře mohou některé důležité informace zapomenout (nebo je z jiných

důvodů zamlčet), ale otázkou je, co všechno můžeme jako lékaři udělat proto, aby k tomu docházelo co nejméně.

Přestože to nebylo cílem rozhovorů, se všemi lékaři jsme se dostali k tématu nevléčitelně nemocných pacientů. I když je v posledních letech tomuto tématu věnována stále větší pozornost, z rozhovorů bylo patrné, že lékaři stále nevědí, jak s těmito pacienty komunikovat (lékaři často nevěděli, co pacientovi říct, co by chtěl slyšet, obávali se jeho emočních reakcí). Jedná se o velmi náročné rozhovory nejen pro pacienta, ale i pro lékaře samotného. Toto zjištění se týká i lékařů, u kterých na první pohled není zřejmé, že by se s tímto typem pacientů setkávali – mám na mysli například respondentku z očního, z pediatrie a respondenty z anesteziologie. Ti, kteří se po dokončení studia zúčastnili nějakého kurzu zaměřeného na komunikaci v takto těžkých situacích, v něm viděli značný přínos a subjektivně se cítili při komunikaci s nevléčitelně nemocnými pacienty jistější a měli menší obavy z jejich emočních reakcí. Několik lékařů vyjádřilo úlevu spojenou s tím, že by tuto informaci měl sdělit pacientovi někdo jiný (nejčastěji onkolog), což odpovídá situacím popisovaným v odborné literatuře, kdy lékař spoléhá na to, že špatnou diagnózu pacientovi sdělí „ten před ním“ nebo „ten po něm“ (Ptáček & Bartůněk, 2011).

V rozhovorech se také objevovalo podceňování „běžné komunikace“. Lékaři přiznávali, že u onkologicky nemocných pacientů si nevědí rady, ale v komunikaci s ostatními pacienty (například při předpisu antibiotik při angíně) udávali, že je „asi jedno, co řeknou“. Toto zjištění je v souladu s odbornou literaturou (Ptáček & Bartůněk, 2011; Raudenská & Javůrková, 2011). Zároveň výzkumy popsané v teoretické části práce naznačují, že i komunikace lékaře v „běžných situacích“ souvisí s rozdílnými výsledky u pacientů (Rakel et al., 2011).

Ze strany lékařů se také objevovalo téma nedocenění. Mluvili o pocitu, že pacienti, pro které toho udělali nejvíc, jim často nepoděkují, zatímco lidé, jejichž léčba byla z medicínského hlediska jednoduchá, jim mnohdy přijdou poděkovat. Otázkou je, co tento fakt způsobuje. Je možné, že pokud je léčba rychlá a efektivní (a z pohledu lékaře nekomplikovaná), pacienti to mohou přisuzovat schopnostem lékaře a o to víc mu být vděční. Také zde může hrát roli fakt, že komplikovaná léčba nemusí být z pohledu pacienta zřejmá – hlavní část práce lékaře často probíhá na úrovni konzultací s řadou kolegů, zařizování intervencí atd., a pokud pacient dostane od lékaře pouze strohou informaci o výsledku celého procesu a není s ním sdílena alespoň část diagnostických úvah, nemusí mít možnost si uvědomit, že postup, který lékaři zvolili, byl náročný nebo nestandardní. Také je možné, že

právě od pacientů, do jejichž léčby lékaři vložili mnoho úsilí, očekávají více vděku, a proto jsou citlivější na okamžiky, kdy se jim poděkování nedostane.

Je zřejmé, že pohled na komunikaci očima lékaře není objektivním pohledem a podléhá řadě zkreslení. Jak ukázaly předchozí výzkumy, lékaři například přeceňují čas, který věnují pacientům (Waitzkin, 1985) nebo čas, který věnují určitým fázím komunikace (Makoul, Arntson, & Schofield, 1995). I přes tato omezení jsem přesvědčena o tom, že pohled lékaře nám může přinést cenné informace.

Při realizaci výzkumu a analýze výsledků jsem také uvažovala nad tím, jak by mohl být výzkum rozšířen a jak by bylo možné jeho výsledky aplikovat do praxe.

Pokud se jedná o další směřování výzkumu, bylo by dle mého názoru zajímavé zaměřit se na způsoby, jaké lékaři používají při motivaci pacienta a při snaze o zvýšení jeho compliance, popřípadě jakým způsobem kladou otázky nebo co si myslí, že od nich jejich pacienti očekávají (například v porovnání s reálným očekáváním pacientů).

K aplikaci do praxe by mohly sloužit například informace získané o vnímání výuky komunikace a jejího efektu. Dle mého názoru by ke zlepšení komunikace mohla přispět intervence ve dvou oblastech. První oblastí je změna v přístupu k výuce komunikace. Během studia medicíny by bylo dle mého názoru vhodné zvýšit informovanost lékařů a studentů medicíny o výzkumech zaměřených na komunikaci. Zvláště vzhledem k tomu, že „pouhé“ zdůrazňování její důležité role bez uvedení konkrétních příkladů a dostupných výzkumů může spíše budit dojem „prázdných slov“. Věřím tomu (i vzhledem k celkovému zaměření medicíny především na objektivní fakta), že předložení vědecky podložených informací by mělo pro studenty medicíny větší váhu. Také by bylo vhodné přiblížit komunikaci s pacientem medikům během studia tím, že by měli možnost učit se komunikovat současně s učením se klinickým dovednostem, v ideálním případě od zkušenějších lékařů. Dále by bylo vhodné zařadit kurz komunikace pro všechny lékaře i postgraduálně – tedy v době, kdy už si uvědomují roli komunikace ve své praxi a mají možnost sami se podělit o problematiku situace, se kterými se v praxi setkali a získat na ně náhled, popřípadě doporučení, jak postupovat. S tím souvisí i nutnost na kurzech brát ohledy na potřeby lékařů a přizpůsobit výuku jejich možnostem v praxi. Jistě by také bylo přínosné věnovat se komunikaci ve zdravotnickém týmu. Druhou oblastí by dle mého názoru měla být péče o lékaře, kteří jsou dlouhodobě vystaveni řadě stresorů. Do této oblasti bych zahrнула například edukaci

zaměřenou na práci se stresem, copingové strategie, práci s nastavením vlastních hranic a relaxační techniky.

Bylo by také zajímavé pokusit se zařadit do běžné praxe některé výše zmíněných intervencí zaměřených na pacienty, které by mohly nejen ulehčit komunikaci s lékařem, ale také subjektivně zkrátit dobu čekání u lékaře.

## Závěr

Tématem mé diplomové práce byla komunikace mezi lékařem a pacientem v kontextu poskytované péče. V teoretické části jsem se pokusila shrnout dosavadní poznání v této oblasti z různých úhlů pohledu. Cílem empirické části bylo metodou polostrukturovaného rozhovoru zmapovat postoje, názory a zkušenosti lékařů týkající se komunikace s pacientem.

Z výzkumné studie vyplynulo, že lékaři považují komunikaci s pacientem za důležitou, liší se však v míře, v jaké jí důležitost připisují. Řada lékařů také dávala najevo obdiv ke svým kolegům, kteří dokáží k pacientovi přistupovat komplexně. Pokud jde o různé komunikační strategie, preference mezi jednotlivými respondenty byly značně individuální, někdy dokonce protichůdné. Ukázalo se, že komunikace s nevléčitelně nemocnými je pro lékaře stále výrazným stresorem, na který nejsou dostatečně připraveni. Lékaři i v souvislosti s tímto tématem mluvili o výrazné emocionální zátěži a o potřebě nastavení vlastních hranic, což byly některé z vnímaných komunikačních překážek. Za významné zjištění také považuji fakt, že téměř všichni respondenti považovali pregraduální výuku komunikace za nepřínosnou, přičemž se zdá, že hlavním důvodem bylo jejich subjektivní vnímání tohoto typu předmětu jako nedůležitého.

Výzkum komunikace mezi lékařem a pacientem je velmi komplexní záležitostí a přestože výzkumů již bylo provedeno mnoho, zdaleka ještě nemáme odpovědi na všechny otázky a je dost možné, že je ani nikdy mít nebudeme.

V medicíně se za poslední desítky let změnilo mnoho, ale i přes všechnu technologii je stále potřeba mezi sebou komunikovat. Stejně jako pacient, i lékař zůstane člověkem, který má své slabosti, limity a pochybnosti. Věřím tomu, že pokud chceme, aby se lékaři naučili dobře a efektivně komunikovat, musíme vycházet nejen z potřeb pacientů, ale také z potřeb lékařů, brát v úvahu překážky, které vnímají v komunikaci s pacientem, a snažit se jim pomoci tyto překážky překonat.

Tvorba této diplomové práce pro mě byla velmi přínosnou zkušeností. Bylo pro mě překvapivé zjistit, jak velké množství výzkumů se již na tomto poli zrealizovalo. Ještě překvapivější však bylo, že jsem se ani o jednom z nich během svého studia na medicíně nedozvěděla. Také rozhovory s lékaři, jejich zkušenosti a postřehy z praxe pro mě byly velkým přínosem. Na problematiku komunikace jsem se pokusila podívat z úhlu pohledu

psychologa, ale nepochybuji o tom, že se v práci odráží i můj pohled lékařky. Nicméně doufám, že tento fakt nebude ke škodě, ale že poslouží k obohacení práce.

Na závěr bych se ještě ráda vrátila k citátu, který jsem uvedla na začátku své práce – „*Komunikace není všechno, ale je za vším*“. Práci lékaře samozřejmě nemůžeme redukovat pouze na komunikaci, nicméně i nejlepší úmysly a nejpropracovanější léčebné plány mohou selhat, pokud je nedokážeme pacientům vhodným způsobem předat.



## Seznam použité literatury

- Ahrens, T., Yancey, V., & Kollef, M. (2003). Improving family communications at the end of life: implications for length of stay in the intensive care unit and resource use. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical Care Nurses*, 12(14), 317-323.
- Alders, I., Smits, C., Brand, P., & van Dulmen, S. (2017). Does patient coaching make a difference in patient-physician communication during specialist consultations? A systematic review. *Patient Education And Counseling*, 100(5), 882-896.
- Aspergren, K. (1999). Teaching and learning communication skills in medicine - a review with quality grading of articles. *Med Teacher*, 21(6), 563-570.
- Attar, H. S., & Chandramani, S. (2012). Impact of physician empathy on migraine disability and migraineur compliance. *Annals Of Indian Academy Of Neurology*, 15(5), 89-94.
- Balint, M. (1999). *Lékař, jeho pacient a nemoc* (Vyd. 1. čes). Praha: Grada.
- Becker, G., Kempf, D. E., Xander, C. J., Momm, F., Olschewski, M., & Blum, H. E. (2010). Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative - an observational study at a university hospital. *Bmc Health Services Research*, 10(1), 1-9.
- Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984). The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data. *Annals Of Internal Medicine*, 101(5), 692-696.
- Beran, J. (1997). *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Karolinum.
- Beran, J. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada.
- Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., et al. (2016). Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *Journal Of General Internal Medicine*, 31(7), 755-761.
- Branson, C., Badger, B., & Dobbs, F. (2003). Patient satisfaction with skill mix in primary care: a review of the literature. *Primary Health Care Research And Development*, 4(4), 329-339.
- Cegala, D. J., Coleman, M. T., & Turner, J. W. (1998). The Development and Partial Assessment of the Medical Communication Competence Scale. *Health Communication*, 10(3), 261-288.
- Clack, G. B., Allen, J., Cooper, D., & Head, J. O. (2004). Personality differences between doctors and their patients: implications for the teaching of communication skills. *Medical Education*, (38), 177-186.
- Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, 87(9), 1243-1249.

- DeVito, J. A. (2008). *Základy mezilidské komunikace* (6. vydání). Praha: Grada.
- Fallowfield, L. J., Hall, A., Maguire, G. P., & Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *Bmj*, 301(6752), 575-580.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., & Solis-Trapala, I. (2003). Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *British Journal Of Cancer*, 89(8), 1445-1449.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Gittell, J. H., Fairfield, K. M., Bierbaum, B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M., et al. (2000). Impact of Relational Coordination on Quality of Care, Postoperative Pain and Functioning, and Length of Stay. *Medical Care*, 38(8), 807-819.
- Griffith, C. H., Wilson, J. F., Langer, S., & Haist, S. A. (2003). House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *Journal Of General Internal Medicine*, 18(3), 170-174.
- Haskard, K. B., Williams, S. L., DiMatteo, M. R., Rosenthal, R., White, M. K., & Goldstein, M. G. (2008). Physician and patient communication training in primary care: Effects on participation and satisfaction. *Health Psychology*, 27(5), 513-522.
- Haškovcová, H. (2015). *Lékařská etika* (Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání). Praha: Galén.
- Helfer, R. E. (1970). An objective comparison of the pediatric interviewing skills of freshman and senior medical students. *Pediatrics*, 45(4), 623-627.
- Hickson, G. B., Clayton, E. W., Entman, S. S., Miller, C. S., Githens, P. B., Whetten-Goldstein, K., & Sloan, F. A. (1994). Obstetricians' Prior Malpractice Experience and Patients' Satisfaction With Care. *Jama: The Journal Of The American Medical Association*, 272(20), 1583-1587.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563-1569.
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., et al. (2009). The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Academic Medicine*, 84(9), 1182-1191.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364.

- Hong, M., Lee, W. H., Park, J. H., Yoon, T. Y., Moon, D. S., Lee, S. M., & Bahn, G. H. (2012). Changes of empathy in medical college and medical school students: 1-year follow up study. *Bmc Medical Education*, 12(1).
- Honzák, R. (1999). *Komunikační pasti v medicíně: Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Praha: Galén.
- Jagosh, J., Donald Boudreau, J., Steinert, Y., MacDonald, M. E., & Ingram, L. (2011). The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor–patient relationship. *Patient Education And Counseling*, 85(3), 369-374.
- Janoušek, J. (2008). Sociální Komunikace. In *Sociální psychologie* (2., přeprac. a rozš. vyd, pp. 217-230). Praha: Grada.
- Janoušek, J. (2007). *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada
- Kataoka, H. U., Koide, N., Ochi, K., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2009). Measurement of Empathy Among Japanese Medical Students: Psychometrics and Score Differences by Gender and Level of Medical Education. *Academic Medicine*, 84(9), 1192-1197.
- Kindelan, K., & Kent, G. (1987). Concordance between patients' information preferences and general practitioners' perceptions. *Psychology & Health*, 1(4), 399-409.
- Kozimala, M., Putowski, L., & Krajewska-Kulak, E. (2016). Influence some chosen elements of nonverbal communication used by the doctors for patients satisfaction after the examination. *Progress in Health Sciences*, 6(1), 7-18.
- Kožený, J., & Tišanská, L. (2011). Postoje studentů medicíny k roli empatie v léčebném kontextu: měření, rozdíly z hlediska pohlaví a délky studia. *Československá Psychologie*, LV(2), 126-138.
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie* (5., přeprac. vyd). Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Kurtz, S. M., Draper, J., & Silverman, J. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine* (2nd ed). Oxford: Radcliffe Pub.
- Langewitz, W., Denz, M., Keller, A., Kiss, A., Ruttimann, S., & Wossmer, B. (2002). Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *Bmj*, 325(7366), 682-683.
- Langille, D. B., Kaufman, D. M., Laidlaw, T. A., Sargeant, J., & MacLeod, H. (2001). Faculty attitudes towards medical communication and their perceptions of students' communication skills training at Dalhousie University. *Medical Education*, 35(6), 548-554.

- Levinson, W. (1997). Physician-Patient Communication. The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons. *Jama: The Journal Of The American Medical Association*, 277(7), 553-559,
- Levinson, W. (2000). A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings. *Jama*, 284(8), 1021-1027.
- Linhartová, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., et al. (2001). Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *Bmj*, 322(7284), 468-468.
- Loureiro, E., Severo, M., & Ferreira, M. A. (2015). Attitudes of Portuguese medical residents' towards clinical communication skills. *Patient Education And Counseling*, 98(8), 1039-1043.
- Maheux, B., Beaudoin, C., Berkson, L., Cote, L., Des Marchais, J., & Jean, P. (2000). Medical faculty as humanistic physicians and teachers: the perceptions of students at innovative and traditional medical schools. *Medical Education*, 34(8), 630-634.
- Makoul, G., Arntson, P., & Schofield, T. (1995). Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Soc.sci.med.*, 41(9), 1241-1254.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mira, J. J., Guilabert, M., Pérez-Jover, V., & Lorenzo, S. (2014). Barriers for an effective communication around clinical decision making: an analysis of the gaps between doctors' and patients' point of view. *Health Expectations*, 17(6), 826-839.
- Orth, J. E., Stiles, W. B., Scherwitz, L., Hennrikus, D., & Vallbona, C. (1987). Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychology*, 6(1), 29-42.
- Park, K. H., Kim, D. -hee, Kim, S. K., Yi, Y. H., Jeong, J. H., Chae, J., et al. (2015). The relationships between empathy, stress and social support among medical students. *International Journal Of Medical Education*, 6, 103-108.
- Perreault, S., Dragomir, A., Blais, L., Bérard, A., Lalonde, L., White, M., & Pilon, D. (2009). Impact of better adherence to statin agents in the primary prevention of coronary artery disease. *European journal of clinical pharmacology*, 65(10), 1013-1024.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2014). *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada.

- Rakel, D., Barrett, B., Zhang, Z., Hoeft, T., Chewning, B., Marchand, L., & Scheder, J. (2011). Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effects on the common cold. *Patient Education And Counseling*, 85(3), 390-397.
- Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
- Reader, T. W., Gillespie, A., & Roberts, J. (2014). Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy, *BMJ Qual Saf*, 23(8), 678-689.
- Roter, D. L. (1995). Improving Physicians' Interviewing Skills and Reducing Patients' Emotional Distress. *Archives Of Internal Medicine*, 155(17), 1877-1884.
- Shanafelt, T. D., West, C., Zhao, X., Novotny, P., Kolars, J., Habermann, T., & Sloan, J. (2005). Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among. *Journal Of General Internal Medicine*, 20(7), 559-564.
- Shapiro, D. E., Boggs, S. R., Melamed, B. G., & Graham-Pole, J. (1992). The effect of varied physician affect on recall, anxiety, and perceptions in women at risk for breast cancer: An analogue study. *Health Psychology*, 11(1), 61-66.
- Shilling, V., Jenkins, V., & Fallowfield, L. (2003). Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: Can communication skills training for clinicians improve satisfaction? *Psycho-Oncology*, 12(6), 599-611.
- Smetáčková, I., Francová, V., Raboch, J. & Ptáček, R. (2016). Lékařské Vyhoření: Kvalitativní Studie. *Československá psychologie*, 60(5), 510-524.
- Silverman, J., Draper, J., & Kurtz, S. M. (2005). *Skills for communicating with patients* (2nd ed). Oxford: Radcliffe Pub.
- Starfield, B., Wray, C., Hess, K., Gross, R., Birk, P. S., & D'Lugoff, B. C. (1981). The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American Journal Of Public Health*, 71(2), 127-131.
- Stavropoulou, C. (2011). Non-adherence to medication and doctor-patient relationship: Evidence from a European survey. *Patient Education And Counseling*, 83(1), 7-13.
- Rosenberg, E. E., Lussier, M. T., & Beaudoin, C. (1997). Lessons for clinicians from physician-patient communication literature. *Archives Of Family Medicine*, 6(3), 279-283.
- Stewart, M., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.
- Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Talen, M. R., Muller-Held, C. F., Eshleman, K. G., & Stephens, L. (2011). Patients' communication with doctors: A randomized control study of a brief patient communication intervention. *Families, Systems, & Health*, 29(3), 171-183.

- Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphinee, D., Wenghofer, E., Jacques, A., Klass, D., et al. (2007). Physician Scores on a National Clinical Skills Examination as Predictors of Complaints to Medical Regulatory Authorities. *Jama*, 298(9), 993-1001.
- Taylor, D.M., Wolfe, R. A., & Cameron, P.A. (2004). Analysis of complaint lodged by patients attending Victorian hospitals, 1997-2001. *The Medical Journal Of Australia*, 181(1), 31-35.
- Taylor, S. A., Galbraith, S. M., & Mills, R. P. (2002). Causes Of Non-Compliance With Drug Regimens In Glaucoma Patients: A Qualitative Study. *Journal Of Ocular Pharmacology And Therapeutics*, 18(5), 401-409.
- Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2007). How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. *Journal Of General Internal Medicine*, 22(2), 177-183.
- Thompson, S. C., Nanni, C., & Schwankovsky, L. (1990). Patient-oriented interventions to improve communication in a medical office visit. *Health Psychology*, 9(4), 390-404.
- Tomová, Š. (2016). *Didaktika komunikační přípravy studentů všeobecného lékařství* (Disertační práce). Praha.
- Vymětal, J. (2008). *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada.
- Waitzkin, H. (1985). Information Giving in Medical Care. *Journal Of Health And Social Behavior*, 26(2), 81-101.
- Wang, H., Kline, J. A., Jackson, B. E., Laureano-Phillips, J., Robinson, R. D., Cowden, C. D., et al. (2018). Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction. *Plos One*, 13(9), 1-12.
- Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Herman, R., & Bossen, A. (2017). A Communication Intervention to Reduce Resistiveness in Dementia Care: A Cluster Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist*, 57(4), 707-718.
- Zhao, Y., Zabriski, S., & Bertram, C. (2014). Associations between statin adherence level, health care costs, and utilization. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 20(7), 703-713.
- Zolnierek, K. B. H., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care*, 47(8), 826-834.

## **Přílohy:**

### **Příloha č.1: Okruhy témat s přibližným zněním otázek**

- Dokázal byste si vzpomenout na dobrého lékaře, se kterým jste se setkal, když jste byl ještě v pozici pacienta? A na špatného? Jak se to projevovalo?
- Byl během studia nějaký lékař, ke kterému jste vzhlížel? A byl naopak někdo, u koho jste si říkal, že takhle by lékař vypadat neměl?
- O kom z vašich kolegů byste řekl, že je to dobrý lékař? Jak se to projevuje? A kdo je podle vás špatný lékař?
- Máte mezi svými kolegy lékaře, který dokáže dobře mluvit s pacienty? Jak to vypadá?
- Učili jste se na škole o komunikaci s pacientem? Jakou formou? Setkal jste se po dokončení studia s nějakými kurzy?
- Máte pocit, že vás škola na komunikaci s pacientem dostatečně připravila?
- Jaká byla nejtěžší situace, se kterou jste se v praxi setkal?
- Pochyboval jste někdy o tom, co jste pacientovi řekl?
- Vzpomenete si na situaci, kdy se vám komunikace s pacientem nedařila? Jak to vypadalo? Čím si to vysvětlujete?
- Vzpomenete si na situaci, kdy se vám s pacientem mluvilo dobře?
- Existují skupiny pacientů, se kterými se vám mluví líp a ty, se kterými hůř?
- Co vám v komunikaci s pacienty funguje?
- Vnímáte nějaké překážky v komunikaci s pacientem?
- Domníváte se, že to, jak komunikujete, může pacienta nějakým způsobem ovlivnit?
- Jak vnímáte roli komunikace ve vaší profesi?
- Kdybyste měl navrhnout kurz, který by vám pomohl lépe komunikovat s pacientem, jak by měl vypadat? Jaká témata by měl obsahovat?
- Je něco, co v našem rozhovoru nezaznělo a co byste chtěl zmínit?